

診察券No. _____

お名前とご希望のお薬の欄にご希望数を記入してお待ちください。

お名前	様
-----	---

お薬名	単価	個数	計
バイアグラ 50mg	¥1,500		
シルデナフィルOD錠 50mg VI『トーフ』	¥1,200		
シルデナフィル 50mg VI『FCI』	¥1,000		
バルデナフィル10mg『トーフ』	¥1,400		
シアリス 20mg	¥2,000		
タダラフィル20mg『FCI』	¥1,200		
合計	¥		

領収書の必要な方は右に○をつけて下さい	
---------------------	--

* 価格は全て税込となります。