

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		
バルデナフィル10mg『トーワ』	¥ 1,400		
シアリス 20mg	¥ 2,000		
シルデナフィルOD錠 50mg VI『トーワ』	¥ 1,200		
シルデナフィル 50mg VI『FCI』	¥ 1,000		
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。