Medicine & Medical Kit Certificate

Month/Date/Year

This is to certify that （患者氏名） carries the following medicines for （疾患名）.

Medicine list

1. Epinastine Hydrochloride tablets 20mg “Nichiiko”（薬剤名）  
   Medicine used for (疾患名）  
   One tablet daily (before bed time) for 30days (用法用量)
2. Montelukast chewable tablets 10mg “KM”  
   Medicine used for (疾患名）  
   One tablet daily (before bed time) for 30days

Note

1. Above items DO NOT contains narcotics.
2. These medicines are prepared under physician’s prescription.

Pharmacist’s signature：

maru maru Pharmacy（薬局名）

Address：(住所)

Tel：+81-市外局番からの電話番号で最初の0を抜く

Fax：+81-市外局番からのFax番号で最初の0を抜く

E-mail：