(一社)久留米三井薬剤師会

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中　　年　月　日

医療用医薬品分譲願 兼 領収書

下記の医薬品を分譲下さるようお願い致します。

＜譲渡薬局記入欄＞

医薬品名・規格	メーカー名	数 量	単 価 (保険薬価)	価 格	製造ロット	使用期限
				0		
				0		
				0		
				0		
				0		
				0		
				0		
				0		
				0		
				0		
				0		

※容器の持参　（持参する・持参しない）・・・・・・・・・

容 器 代	0
小 計 金 額	0.0
事務手数料	0
消費税(10%)	0
合 計 金 額	0

- 事務手数料を設定されている薬局は事務手数料の欄をご使用下さい。
- (薬価に対する)消費税については消費税の欄をご使用ください。
- 事務手数料・消費税がかからない場合は空欄で構いません。
- 合計金額の10円未満の計算方法については譲渡薬局にお尋ね下さい。
- 医薬品代はお釣りが出ないようにご用意下さい。

【譲受薬局分譲手順】

①電話にて分譲を依頼する薬局より了承を得る。
②この分譲願のFAXを送信する。
③譲渡薬局へ原本と最新の薬局開設許可証の写しを持参する。
④分譲願を3年間保管する。

【譲渡薬局分譲手順】

①電話にて譲受薬局より依頼を受付後、薬を準備する。
②譲受薬局からのFAXに必要事項を記入し医薬品とともに渡す。
③分譲願を3年間保管する

(依 頼 元・譲 受 薬 局)

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬局名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会員薬剤師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

許可番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 分譲願原本を持参にて確認

領　収　書

年　月　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

金 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円也

内訳　消費税　　円（10%対象）

但し、医薬品代として(諸経費を含む)上記正に領収致しました

(譲 渡 薬 局)

*適格請求書発行事業者のみ記載欄

*登録番号 T

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬局名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

ＴＥＬ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

許可番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □ 名札で確認

□双方、最新の許可証又は許可証の写しの確認済み