

御中

令和 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

※容器の持参 (持参する・持参しない)	容器代
※久留米三井薬剤師会 会員間の手数料は 無料など任意に設定してもかまいません。	小計金額 手数料(10%)
※合計価格の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。	合計金額

※医薬品代はお釣りが出ないようにご用意下さい。

領 収 書

令和 年 月 日

様

金 _____ 円也

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)

住所 _____

薬局名 _____

TEL _____

FAX _____

許可番号 _____

担当者名 _____

名札で確認

【分譲の手順】

(依頼元・譲受薬局)

- ①電話での了解を取る
- ②この分譲願のFAX送信を行う
- ③譲渡薬局へ原本と最新の許可証の写しを持参する
- ④譲渡薬局はFAXに必要事項を記入し譲受薬局に医薬品と共に渡す
- ⑤双方、分譲願の確認事項を3年間保存する

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

双方、最新の許可証又は許可証の写しの確認済み