**注意：電話（0466-50-6011）で在庫を御確認の上、FAXして下さい**

藤沢薬剤師会薬局　宛

FAX **0466-50-0631**

依頼日　　　年　　月　　日

***藤沢薬剤師会薬局分譲依頼書***

|  |
| --- |
| 店舗運営協力会員No |
| 保険薬局名 |
| 電話番号 |
| 依頼責任者 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医薬品名・品名 | 数量 | 製造番号 | 期限 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **太枠は会営薬局で使用する欄になります。**
* **添付文書やその他、資材が必要な場合は備考欄に記載して下さい。**

連絡事項

|  |
| --- |
| 来局予定日時　：　３０分以降　・　　　　時頃　・　　　月　　日　　時頃 |
|  |

諸注意

* 来局時には依頼書原本の提示が必要となります。
* 会員薬局は店舗運営会員証を提示して下さい。また、非会員薬局は開設許可証のコピーを提出して下さい。

（非会員薬局は分譲手数料が必要となります。）

* 医薬品名は剤形・規格など正確に記載して下さい。
* 軟膏容器、水剤容器は有料となります。
* 来局予定日時を必ず明記して下さい。
* 受け付け時間は、平日17時迄（譲渡：17時半迄）土曜日12時迄（譲渡：12時半迄）となっています。

|  |  |
| --- | --- |
| 会営 | 譲受者※ |
|  |  |

※譲受の内容が間違いないことを確認しました。