

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。