

杉戸・宮代地域医薬品提供体制事業 (MediCommons)

医薬品譲渡依頼書

依頼日	令和 年 月 日
依頼先薬局	御中
依頼元薬局	薬局名 住 所 電 話 店判でも可
担当者名	

■ 依頼医薬品

	品名・規格	数量・単位
①		
②		
③		

■ 備考

※本書は杉戸宮代薬剤師会「医薬品譲渡譲受規約」に基づく記録です。

※各薬局の譲渡譲受書のスタイルは自由です。

本書面の保管は薬局ごとのルールで運用してください。