**医薬品譲渡依頼書**

西暦　　　　年　　月　　日

　　時　　分

八王子薬剤センター薬局

* 薬局名：
* 住所：〒

* 電話番号：
* 管理薬剤師名：
* 担当者氏名：
* 受取人氏名：　　　　　　　　　　　（所属　　　　　）
* 受取指定時間：　　　　　時頃

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **薬品名** | **規格・単位** | **数量** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 医薬品譲渡依頼書と**一緒に薬局開設許可証の写しをFAX**してください。
* 規格・単位は必ず明記してください。
* 容器代につきましては別途請求いたします※容器の持ち込みはご遠慮願います。
* 第１種、第２種向精神薬の受取の際は、注文書の原本をお持ちください。
* 受取時間は必ず明記してください。記入漏れの場合は、受取時にお時間を頂くことがあります。

FAX送信先：042-668-1161

**※トラブルを避けるため、FAXの後に必ず確認の電話を入れてください。**

電話：042-666-0931

また、日曜日・祝日・第2・4土曜日は、八王子薬剤センター薬局は休業ですので、ご了承ください。