**調剤専用医薬品分割販売　譲受・譲渡書**

　　　　　　　　　薬局　御中　　　以下の内容の医薬品の分割販売をお願いします。

譲受薬局名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　譲渡薬局名

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

開設許可番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設許可番号

管理薬剤師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理薬剤師

受取者　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 担当薬剤師

譲受譲渡年月日　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　合計金額　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬品名・規格・単位 | 製造販売業者 | 数量 | 薬価 | 金額 | 添付文書 | 製造番号・記号 | 使用期限（有効期間） | 規制区分 | 備考 |
|  |  |  |  |  | 要・不要 |  |  | 日局・・劇・毒・習慣性・要処方・他 |  |
|  |  |  |  |  | 要・不要 |  |  | 日局・・劇・毒・習慣性・要処方・他 |  |
|  |  |  |  |  | 要・不要 |  |  | 日局・・劇・毒・習慣性・要処方・他 |  |
|  |  |  |  |  | 要・不要 |  |  | 日局・・劇・毒・習慣性・要処方・他 |  |

**領収書**

　　　　　薬局　様　　　　　　　　　　　　　　　　　 譲渡薬局名

平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

領収金額　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　医薬品代として、上記の金額を領収致しました。