# ①麻　薬　譲　渡　願（問合せ用紙）

年　　月　　日

薬局名

FAX 番号

| 医薬品・規格 | 数量 | 単価<br>（保険薬価） | 価格 | 可否 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

合計金額　　円

**確認事項**

- この用紙で FAX にて問合せして下さい（可否欄記入後、早急に FAX にて返答します）
  ※緊急の場合はこの限りではありません
- 薬局の方が必ず取りに来られて下さい。
- 確認書を渡した時点で、管理責任は受取側になります。
- 未採用品は受けられません。