

(発注元・譲受人) 住所:

店舗名:

連絡先:

受領(譲受人)

年 月 日

No. \_\_\_\_\_

	医薬品名	規格 単位	有効 成分	販売会社又は 採用病院名	薬価	数量	単位	金額	使用 期限	製造番号/記号 Lot 番号	※貯法	規制区分
											該当に○印	
調 劑 専 用 医 薬 品 注 文 書 ・ 容 器											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処
											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処
											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処
											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処
											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処
											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処
											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処
											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処
											室・遮・防 気・冷	劇・向・習・毒 処

※貯法・・・室→室温 遮→遮光 気→気密 冷→冷所  
容器の小分けも上記に御記入下さい。

● 配達希望時間 ●

至急!  時頃まで 取りに行く

領 収 証

¥ \_\_\_\_\_ 円也

調剤専用医薬品・容器 代金合計	¥
-----------------	---

(譲渡人) 〒723-0051 三原市宮浦1丁目20番36号

三原薬剤師会センター薬局

三原医薬分業支援センター 備蓄センター ㊞

配送問合せ TEL 0848-64-2234 発注先 FAX 0848-64-2220

配送担当