（3年間保存）　　譲受年月日　令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿　薬　局　　様

調剤用医薬品分譲願(譲渡票の写しを添付)

処方箋調剤に必要なため、下記の医薬品を分譲くださるようお願いします。

医薬品名・規　格・メーカー	数　量	薬　価	金　額
	合　　計		
領収金額は総合計の1円を	手　数　料		50円
切り上げた金額	総　合　計		

住 所:　　開設許可証確認 □

薬局名:　　㊞ 開設許可番号:

TEL:　　譲受者名:

領　収　書

令和　年　月　日

薬局　　様

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円也

但し、医薬品代として上記正に領収しました。

㊞

（3年間保存）　　譲受年月日　令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿　薬　局　　様

調剤用医薬品分譲願(譲渡票の写しを添付)

処方箋調剤に必要なため、下記の医薬品を分譲くださるようお願いします。

医薬品名・規　格・メーカー	数　量	薬　価	金　額
	合　　計		
領収金額は総合計の1円を	手　数　料		50円
切り上げた金額	総　合　計		

住 所:　　開設許可証確認 □

薬局名:　　㊞ 開設許可番号:

TEL:　　譲受者名:

領　収　書

令和　年　月　日

薬局　　様

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円也

但し、医薬品代として上記正に領収しました。

㊞