

(別紙様式3)

麻 薬 譲 受 確 認 書					令和●年 ●月 ●●日
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地	福岡県〇〇市△△ △丁目△番△号			
	名称	▲▲薬局 ▲▲店			
麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地	福岡県〇〇市〇〇 〇丁目〇番〇号			
	名称	●●薬局 ●●店			
		代表者印 又は 麻薬専用印			
品名	容量	筒数	数量	備考	
〇〇錠 Xmg	100 錠／1 箱	1 箱	100 錠	施行規則第9条の2 第1項第1号ロで譲受 製品番号：A0000 使用期限：2025. 12. 31	

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。
- 3 在庫の不足のために麻薬を譲り受ける場合、調剤することができなかった処方箋の写しを添付すること。
- 4 麻薬を譲受する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設印とすること。
- 5 備考に麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲受であるか記載すること。
- 6 備考に製品番号を記載すること。