

福岡市薬剤師会薬局用
医療用医薬品 譲渡依頼書

令和 年 月 日

※分譲を依頼される場合には、必ず別添【分譲に際のお願いと注意事項】をご確認の上、分譲依頼をお願いいたします。

＜依頼先＞

福岡市薬剤師会

福岡市薬剤師会薬局

会員薬局 ・ 非会員薬局

七隈店 ・ 百道店

(必ずご記入ください)

(ご依頼先の店舗を選択してください)

原則、翌日開局時間内受取

☐ 当日 15 時～17 時受取希望

※当日受取を希望する場合は、
12 時までに FAX を受け付けたものに
限ります

〈依頼元〉

薬局開設許可番号： 号

所在地：

電話番号：

F A X：

薬局名称： 印

医薬品名・規格（包装）		薬価収載 単位	数量	薬価	金額
1					
2					
3					
4					
5					
※福岡市薬剤師会会員薬局は消費税不要です 記載しないでください		小計		円	
		消費税（10%）		円	
		合計金額		円	

別添

【分譲に際しお願いと注意事項】

- ◆ 福岡市薬剤師会会員薬局・非会員薬局の区分は必ず記入お願いします。
- ◆ 福岡市薬剤師会会員薬局への分譲は消費税不要です。
記載せずに小計・合計（同じ金額）で記載ください。
非会員薬局の場合は消費税が必要です。
- ◆ 原則翌日の受け取りです。
当日受け取りの場合は、当日 12 時までに FAX（当日 15 時～17 時受け取り）へご協力お願いします。
至急対応業務は都合上困難ですのでご了承ください。
在庫がないなど対応できない場合には電話にて連絡いたします。
- ◆ 薬局開設許可証の写しを同時にご提出ください（FAXでも可）。
但し開設許可証の有効期限内であれば、再提出は不要です。
（記載内容が変更になった場合は再提出をお願いします。）
- ◆ 医薬品名、規格を明記してください。
同一の規格で複数の包装が存在する場合には医薬品名・規格に続けて包装の内容をご記入ください。
➤ 例：マーズレン S 配合顆粒（0.67 g /包）
- ◆ 数量・単位は薬価収載の内容に準じてご記入ください。
➤ 例：クラビット点眼液 0.5% 5 mL / サンコバ点眼液 0.02%5mL 1 瓶
- ◆ 複数の依頼書を同時に提出される場合には用紙毎に依頼元薬局情報などをご記入ください。
また、用紙毎に合計金額をご記入ください。