（別紙様式３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻薬譲受確認書 | | | | | 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 | |  | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | |
| 麻薬を譲受する麻薬小  売業者の麻薬業務所 | 所在地 | |  | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | 印 |
| 品名 | | 容量 | | 箇数 | | 数量 | 備考 | |
|  | |  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  | |  |  | |

（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。