別紙様式4-1

医薬品の販売授与証明書

令和　　年　　月　　日

譲渡日：

販売授与先の保険薬局

名称：

所在地：

電話番号又はeメール：

薬局開設許可番号・保険薬局コード：

確認書類：運転免許証・社員証・その他（　　）

販売授与元の保険薬局

名称：

所在地：

電話番号又はeメール：

譲受者氏名：

確認書類：運転免許証・社員証・その他（　　）

医薬品名	数量	単位	ロット番号又は製造番号	使用期限