

サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 受 書

譲受年月日： 年 月 日

譲 受 人

施設所在地：

施設名：

施設責任者氏名：

担当者氏名：

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 譲 渡 人 | | | | |
| 品 名 | 容 量 | 個 数 | 数 量 | 備 考 |
| サリドマイド製剤(サレド[®] <small>カプセル</small> 100) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

サ リ ド マ イ ド 製 剤 譲 渡 書

譲渡年月日： 年 月 日

譲 渡 人

施 設 所 在 地：

施 設 名：

施設責任者氏名：

担 当 者 氏 名：

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 譲 受 人 | | | | |
| 品 名 | 容 量 | 個 数 | 数 量 | 備 考 |
| サリドマイド製剤(サレド[®] <small>カプセル</small> 100) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

サリドマイド製剤 (**サルド[®]カプセル100**) 出納表 (特約店責任薬剤師)

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特約店名 | | | | | | | | | | | | |
| 特約店責任薬剤師名 | | | | 特約店責任薬剤師登録番号 | | | | | | | | |

| Lot 番号 | | | | | 本様式は Lot 番号ごとに使用して下さい。 |
|--------|------|------|------|---------------|------------------------|
| 日付 | 受入数量 | 払出数量 | 在庫数量 | 払出先 (医療機関名) | |
| 年 月 日 | Cap | Cap | Cap | | |
| 年 月 日 | Cap | Cap | Cap | | |
| 年 月 日 | Cap | Cap | Cap | | |
| 年 月 日 | Cap | Cap | Cap | | |
| 年 月 日 | Cap | Cap | Cap | | |
| 年 月 日 | Cap | Cap | Cap | | |
| 年 月 日 | Cap | Cap | Cap | | |

注) 同一 Lot の薬剤が在庫数量 0Cap になるまで、1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) へ FAX してください。