

年 月 日

お客様各位

有限会社 光漢堂 三牧ファミリー薬局  
TEL: 072-835-0101 / FAX: 072-835-0102  
〒573-0093  
大阪府枚方市東中振 1 丁目 7 番 13 号  
<http://www.mimaki-family.com/>  
Mail: info@mimaki-family.com

ご注文誠にありがとうございます。ご注文頂きました商品は劇薬にあたり、「劇薬譲受書」が必要となります。

下記の「劇薬譲受書」に必要事項を記入し捺印後に必ず当薬局までご郵送願います。  
また、身分証明書として保険証又は運転免許証又はパスポートのコピーを同封ください。  
商品の発送は、「劇薬譲受書」と身分証名書のコピーが弊社に届いてからとなります。

劇薬譲受書		
品質・容量		
数 量	1 個	
譲渡年月日		
譲 渡 人	住 所	
	氏 名	Ⓜ
	年 令	
	職 業	
備    考	要身元確認劇薬交付時は次の項目を記載する。	
	使用目的:	
	使用場所:	
	使用予定年月日:	
	確認手段(身分証明書・運転免許書・国民健康保険被保険者証・その他):	
交付を受けた者の譲渡人との関係:		

注意：\* 20 才未満の者には販売出来ません。

\* 譲渡年月日は弊社が記入いたします。

\* 法人にあってはその名称及び主たる事務所の所在地を記入下さい。