（様式第19号）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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せん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。