**資料１**

**●医薬品等の授受記録（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（提供者用）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医　薬　品　等　の　授　受　記　録　　 No.** | | | | |
| **提 供 者** | **診療所 ・ 薬局**  **店舗(ﾄﾞﾗｯｸﾞｽﾄｱ)**  **卸 ・ その他** | **名称：**  **住所：**  **TEL：　　　　（　　　　）　　　　※提供者が特定できるように記載** | | |
| **受 領** | **日時：　　　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　　時　　　分**  **場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　受領者：** | | | |
| **品　　　名** | | | **規　　格** | **数　　量** |
| **①** | | |  |  |
| **②** | | |  |  |
| **③** | | |  |  |
| **④** | | |  |  |
| **⑤** | | |  |  |

**※代金請求時に使用します。それまで保管をお願いします。**

**●医薬品等の授受記録（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（救護所用）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医　薬　品　等　の　授　受　記　録　　 No.** | | | | |
| **提 供 者** | **診療所 ・ 薬局**  **店舗(ﾄﾞﾗｯｸﾞｽﾄｱ)**  **卸 ・ その他** | **名称：**  **住所：**  **TEL：　　　　（　　　　）** ※提供者が特定できるように記載 | | |
| **受 領** | **日時：　　　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　　時　　　分**  **場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　受領者：** | | | |
| **品　　　名** | | | **規　　格** | **数　　量** |
| **①** | | |  |  |
| **②** | | |  |  |
| **③** | | |  |  |
| **④** | | |  |  |
| **⑤** | | |  |  |

**●医薬品等の授受記録（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（○○○用）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医　薬　品　等　の　授　受　記　録　　 No.**（通し番号） | | | | |
| **提 供 者** | **診療所 ・ 薬局**  **店舗(ﾄﾞﾗｯｸﾞｽﾄｱ)**  **卸 ・ その他** | **名称：**○○薬局  提供者が特定できれば、開設者名でも可能。  全ての項目を埋める必要はありません。  **住所：**○○区○○町○－○  **TEL：**○○○（ ○○○ ） ○○○○※提供者が特定できるように記載 | | |
| **受 領** | **日時：　　　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　　時　　　分**  **場所：**　　　　　　　　　　　　　　**受領者：** | | | |
| **品　　　名** | | | **規　　格** | **数　　量** |
| **①**○○ | | | ○mg,20錠入 | ２箱 |
| **②**○○ | | | 100ml | １個 |
| **③**  この記録は後日、静岡市へ代金請求する際に使用する記録です。その旨を提供者に説明してください。  授受記録はこの様式に限らず、提供者が持参した様式（納品書等）でも構いません。提供者及び受領者がわかるようにしてください。また、授受の記録がお互いに残るように記録を保管してください。 | | |  |  |
| **④** | | |  |  |
| **⑤** | | |  |  |