医薬品分譲依頼のお願い

令和〇年〇月〇日

〇〇薬局　御中

〇〇薬局〇〇店

〒000-0000　〇〇県○○市〇〇１－１　〇F

TEL：00-0000-0000　FAX：00-0000-0000

薬剤師　〇〇○○

いつもお世話になっております。[あなたの薬局名]の[あなたの名前]です。

先程お電話でお話させていただいた通り、当薬局では在庫不足のため、以下の医薬品の分譲をお願いしたく存じます。お手数をおかけいたしますが、ご確認の上、分譲のご対応をお願い申し上げます。

【医薬品情報】

商品名: [商品名]

規格: [規格]

数量: [数量]

尚、当薬局との取引は初めてのため、薬局間における医療用医薬品の譲受・譲渡に関するガイドラインに基づき、当薬局の開設許可証の写しを添付いたします。

ご確認いただけましたら幸いです。

お忙しいところ恐縮ですが、どうぞよろしくお願い申し上げます。