

劇薬譲受書

記入日

年

月

日

	品名	数量
動物用医薬品 (劇薬)		
使用の目的		
譲受人	住所 〒 	
	氏名 (印) (自筆もしくは押印が必須)	
	年齢 歳(14歳以上であること)	
	職業	
	電話	
	FAX	
	MAIL	
備考		

※太枠線内を記載し、PDFもしくは郵送で送付ください

譲渡日	年 月 日
-----	-------

ねこあざらし薬店