

サリドマイド製剤（**サレド[®]カプセル100**）出納表（特約店責任薬剤師）

社名及び事業所名											
特約店責任薬剤師名				特約店責任薬剤師登録番号							

製造番号					本様式は製造番号ごとに使用して下さい。(包装単位、1箱:28Cap)
日付	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先 (医療機関名、管理番号等)	
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		
年 月 日	箱	箱	箱		

注) 同一製造番号の薬剤が在庫数量 0 箱になるまで、1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (072-339-5885) へ FAX してください。
 ただし 1 箇月間の出納表に受け入れ及び払い出しがない場合は不要です。