医薬品販売授与記録

購入者氏名			
性別		生年月日	S H　　年　　月　　日 R
連絡先			
販売した製品	☐ 薬局医薬品　　☐ 要指導医薬品　☐ 第1類医薬品 ロキソニン S / ロキソニンSプラス　　アラセナS　　ガスター10 その他（　　）		
販売個数	個		
販売日時	年　　月　　日（　　）　　時　　分ごろ		
販売、情報提供した薬剤師氏名	馬場　圭一郎		
情報提供の理解の確認	☐　情報提供の内容を理解しました／理解したことを確認しました		
特記事項			

※本販売記録は記載日より、2年間保存