様式４

副作用救済給付用

販 売 証 明 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | 男  女 |
| 患者の氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 販売医薬品等 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医薬品等の名称(注１) | | | | | | | | | | 会社名 | | 販売量 | | 販売年月日 | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
| 上記のとおり、販売したことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 |  | | 年 |  | 月 | |  | 日 |  | | | | | | |
|  | | | | | | 販売業者の氏名  (注２) | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | 店舗の名称 | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | 店舗の所在地 | | | | |  | | | | |

(注１)実際に販売された医薬品等の販売名を記入して下さい。また、規格・単位についても記入して下さい。（錠、カプセル、細粒等及び○mg、○％○ml等）。

(注２)販売業者の氏名は、薬局管理者又は店舗管理者の氏名を記入して下さい。