

譲受・販売記録書

該当商品に ○印	名称	容量	数量	使用目的(該当項目に○印)
	ストルピンMカプセル	2カプセル	個	神経衰弱性陰萎() 衰弱性射精() 老衰性陰萎()
	ストルピンMカプセル	12カプセル	個	
	ストルピンMカプセル	40カプセル	個	
	ガラナポーン	18錠	個	
		10P	個	
		20P	個	
情報提供の確認		情報提供の内容を理解した ()		
情報提供を行った 薬剤師氏名				

薬事法第36条にしたがい上欄の記入をお願いいたします。

販売・授与の年月日 平成 年 月 日		
譲受人	氏名	印
	住所	
	職業	
備考		

薬事法第46条にしたがい上欄の記入をお願いいたします。
本人自署の場合は、印鑑は不要です。(2年間保存)