様式 35-C

サリドマイド製剤（サレド®カプセル25 ）出納表（責任薬剤師）

No .

医療機関名										
責任薬剤師名		責任薬剤師登録番号								

日　付 （年 月 日）	受入数量	払出数量	在庫数量	払出先(患者登録番号)	払出担当者	備　　考
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			
. .	Cap	Cap	Cap			

注）1 箇月に 1 回、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターまで出納表を FAX 等（FAX#、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送）にて提出してください。#（FAX 番号 0120-007-121）
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。
※MR へ提出する場合は、出納表(写)をご提供ください。