

お取引先各位

(一財) 医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団

〒541-0046

大阪市中央区平野町2丁目1番2号
沢の鶴ビル

TEL 06-6221-3458

FAX 06-6221-3459

E-mail jprslab-hor@pmrj.jp

クロルジアゼポキシド標準品お申込の件について

拝啓 貴社ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、クロルジアゼポキシド標準品は、「麻薬及び向精神薬取締法」により向精神薬に指定されており、向精神薬営業者（向精神薬輸入業者を除く）、病院等の開設者及び向精神薬試験研究施設設置者以外の者への譲り渡しが禁じられております。

つきましては、貴社の向精神薬営業者等の免許又は登録について確認させていただきますと共に、譲受書をご提出いただきたく存じます。

お手数ですが、「向精神薬譲受書」にご記入いただいたものと、向精神薬営業者免許証等の写し（みなしの向精神薬営業者の場合は薬局開設の許可証、医薬品一般販売業の許可証等の写し）を、上記の E-mail 又は FAX までご送付下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

No. _____

向 精 神 薬 譲 受 書		
向 精 神 薬	名 称	標準品
	数 量	m g 入 個
販売または授与の年月日		年 月 日
譲 受 人	氏 名	会社名 所属
		氏 名 印
	職 業	
	住 所	
	名 称 (主たる事務所)	
	住 所 (主たる事務所)	
譲受人の免許又は登録の種類		者
譲受人の免許証又は登録証の番号		第 号
譲受人の免許又は登録の年月日		年 月 日
譲受人がみなしの向精神薬営業者の場合、都道府県知事への別段の申し出の有無（向精神薬営業者とみなさない旨の申し出の有無）		有り ・ 無し
備 考 *購入目的を記入してください。		

記入例

No. _____

向 精 神 薬 譲 受 書			
向 精 神 薬	名 称	標準品名、容量、数量をご確認ください m g 入 個	標準品
	数 量		
販売または授与の年月日		空欄のまま	年 月 日
譲 受 人	氏 名	会社名	所 属
		氏 名	お申込者の氏名、個人印、職業(例:医薬品製造業)、住所(免許証に登録されている住所)
	職 業		
	住 所		
	名 称 (主たる事務所)	本社の名称、住所 (上記と同じ場合はその旨を記載)	
住 所 (主たる事務所)			
譲受人の免許又は登録の種類		者	
譲受人の免許証又は登録証の番号		第 号	
譲受人の免許又は登録の年月日		登録年月日は有効期限の初日 日	
譲受人がみなしの向精神薬営業者の場合、都道府県知事への別段の申し出の有無(向精神薬営業者とみなさない旨の申し出の有無)		有り ・ 無し	
備 考 *購入目的を記入してください。		<p>・購入目的の記入 (例:他社へ販売、試験のためなど)</p> <p>・向精神薬譲受書にご記入いただいたもの ・向精神薬営業者免許証等の写し(みなしの向精神薬営業者の場合は薬局開設の許可証、医薬品一般販売業の許可証等の写し)</p> <p>↓ E-mail又はFAXでの送付をお願いします</p>	