劇　薬　譲　受　書

下記の医薬品は劇薬であるため、法律（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律）の規定により本書をご提出頂いた後でなければ販売することができません。購入をご希望の場合、下記表の太枠内をご記入・ご捺印の上、本書末尾に記載の宛先までFAXまたは郵送にてご提出頂きます様お願い申し上げます。

※本医薬品の代理購入はできません。ご購入者様ご自身の飼育されている群数に応じた必要数量のみお買い求めいただきますようお願い申し上げます。数量に疑義が生じた場合、販売をお断りさせていただく可能性もございますのでご了承ください。

	品名	内容	購入数量
動物用医薬品（劇薬）	アピバール	10枚入/袋（5群用）	（　　）袋
	日農アピスタン	10枚入/袋（5群用）	（　　）袋
使用の目的	みつばち寄生ダニの駆除		

譲受人 ※法人の場合、年齢及び職業欄の記入は不要です。捺印欄には社印の捺印をお願いします。 ※個人の場合、直筆であれば捺印は不要です。	氏名（法人名）	印
	住所	〒
	年齢	歳（14歳以上であること）
	職業	□ 会社員 □ 自営業 □ 無職 □ その他（　　）
	養蜂業	以下のいずれかを〇で囲ってください 専業 ・ 兼業 ・ 研究又は教育 ・ 趣味
	電話番号	
弊社記入	譲渡日	年　　月　　日

郵送先：〒500-8558
岐阜県岐阜市加納桜田町1-1
アピ株式会社　　担当　　行
FAX：058-275-0855

アピ株式会社

（本書の保管期間：譲渡日から2年間）