

様式第 1 号

借 用 書

商 品 名	使用量	製 造 番 号
		有 効 期 限
デシコビ	錠	
		年 月 日
アイセントレス	錠	
		年 月 日

上記薬剤を借用しました。

年 月 日

長 様

施 設 名_____

施設長名_____