

様式第2号

返 納 書

年 月 日

長 様

施 設 名 _____

施設長名 _____

年 月 日付で貴院より借用した薬剤について下記のとおり返納します。

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