様式４

副作用救済給付用

販 売 証 明 書

フリガナ		☐男 ☐女
患者の氏名		
フリガナ		
現 住 所		

販売医薬品等

医薬品等の名称(注１)	会社名	販売量	販売年月日

上記のとおり、販売したことを証明します。

令和　　　年　　　月　　　日

販売業者の氏名
（注２）

店 舗 の 名 称

店 舗 の 所 在 地

(注１)実際に販売された医薬品等の販売名を記入して下さい。また、規格・単位についても記入して下さい。(錠、カプセル、細粒等及び〇mg、〇％〇ml 等)。

(注２)販売業者の氏名は、薬局管理者又は店舗管理者の氏名を記入して下さい。