



FAX送信先 : 03-6630-8088



ファルマーケット買取 見積り依頼シート



お見積り希望の医薬品情報を記載の上、お送りください。

年 月 日

No	医薬品名	開封状態	数量	使用期限
例	フリウエル配合錠LD「あすか」	☐ 外箱が 未開封	10T × 6	2025 / 12
1		☐ 外箱が 未開封		
2		☐ 外箱が 未開封		
3		☐ 外箱が 未開封		
4		☐ 外箱が 未開封		
5		☐ 外箱が 未開封		
6		☐ 外箱が 未開封		
7		☐ 外箱が 未開封		
8		☐ 外箱が 未開封		
9		☐ 外箱が 未開封		
10		☐ 外箱が 未開封		
11		☐ 外箱が 未開封		
12		☐ 外箱が 未開封		
13		☐ 外箱が 未開封		
14		☐ 外箱が 未開封		
15		☐ 外箱が 未開封		

薬局名（担当者名）

TEL

FAX