

薬局製剤（全品目） 承認整理届書

年 月 日

（宛先）秋田市保健所長

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
〒

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

下記品目については、今後製造することがないので、その製造販売承認の整理につき、
お取り計らい願います。

販 売 名	承 認 番 号	承 認 年 月 日
_____ 始め _____品目		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
備 考	薬局開設許可番号：	