承認整理届書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　西宮市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　　　　　　　　　　　　　　　　　承認整理をする薬局の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　承認整理をする薬局の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　　　　　　　　　　　　　　　　　承認整理をする薬局の許可番号及び年月日

　下記品目については、今般製造することがないので、その製造承認の整理につきお取りはからい願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 一連番号 | 販売名 | 承認番号 | 承認年月日 |
|  |  |  |  |

承認不要の９品目もあわせて整理します。