

薬局製剤（一部品目） 承認整理届書

年 月 日

秋田県知事

あて

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

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。

一連番号	販 売 名	承 認 番 号	承 認 年 月 日	参 考
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
		第 号	年 月 日	
備 考	薬局開設許可：第 号 年 月 日			

【文書作成責任者等の連絡先】
(住所)
(責任者または担当者名)
(連絡先) 電話番号：
メールアドレス：