

薬局製剤（全品目） 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。

販 売 名	承 認 番 号	承 認 年 月 日
(※販売名称 1 品目目) 始め _____ 品目	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：