

承認整理届書

年 月 日

西宮市保健所長 様

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）

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。