規程第２４号様式

承　認　整　理　届　書

保健センターに提出する日を記入して下さい。

令和　　年　　月　　日

名古屋市長　殿

住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
〇〇県〇〇市〇〇丁目〇番〇号

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）
株式会社〇〇〇〇

代表取締役　〇〇〇〇

薬局の所在地　名古屋市〇〇区〇〇丁目〇番〇号
〇〇ビル１階

薬局の名称　〇〇薬局〇〇店

下記品目については、今後製造販売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。

薬局製剤製造販売承認申請書に記載してある薬局名称を記入して下さい。（原則として許可を受けている薬局名称）

販　売　名	承　認　番　号	承　認　年　月　日
	第　　号	昭和 平成　年　月　日
	第　　号	昭和 平成　年　月　日
〇〇薬局〇〇店 ピオクタニン液	第　　号	昭和 平成　年　月　日
〇〇薬局〇〇店 マーキュロクロム液	第　　号	昭和 平成　年　月　日
〇〇薬局〇〇店 ピオクタニン・Ｚ・Ｗ軟膏	第　　号	昭和 平成　年　月　日
（3 品目）	第　　号	昭和 平成　年　月　日
	第　　号	昭和 平成　年　月　日
	第　　号	昭和 平成　年　月　日