

承認整理届書

年 月 日

尼崎市保健所長 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）

印

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

年 月 日

下記項目については、今後製造することがないので、その製造承認の整理につき、お取り計らい願います。

一連番号	販売名	承認番号	承認年月日