# 承 認 整 理 届 書

年　　月　　日

鹿児島市保健所長　殿

〒

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）

連絡先（　　）　　－

下記品目については，今後製造することがないので，その承認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 | 薬 効 分 類 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |