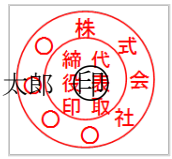
承 認 整 理 届 書

令和　○　年　○　月　○　日

高知市保健所長　様

住　所（法人にあっては，主たる事務所の所在地）　〒780-○○○○
高知市○○町○－○

氏　名（法人にあっては，名称及び代表者の氏名）　株式会社○○
代表取締役　○○太郎　㊞



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。

一連番号	販　売　名	承認番号	承認年月日	薬効分類	備　考
		高局 20A 第○号～○	平成○年○月○日		
		以下余白			
備　　考					

（注意）

1 用紙の大きさは，Ａ４とすること。
2 品目が多いときは右肩にＮｏ．を付けること。