

承認整理届書

令和 年 月 日

神戸市保健所長 へ

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）

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

〒 -

承認整理をする薬局の許可番号及び年月日

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	備考
	()※ ピオクタン液	号	年 月 日	
	()※ マ-キヨロム液	号	年 月 日	
	()※ ピオクタン-Z・W 軟膏	号	年 月 日	
		号	年 月 日	
		号	年 月 日	
		号	年 月 日	
		号	年 月 日	
		号	年 月 日	
		号	年 月 日	

※ () には薬局名を記載