

取 扱 課 薬務課長 殿	経 由 機 関 名 茨城県 保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日
---------------------	--------------------------------	--------------------

承認整理届

年 月 日

茨城県知事 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)

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	参 考
備 考				