承認整理届書

　　年　 　月 　　日

熊本市保健所長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 法人にあっては、主たる事務所の所在地 | TEL（ ） － 　FAX（ ） －  〒 － | |
| 氏名 | 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 |  |  |

　下記品目については、今後製造することがないので、その製造販売の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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 課長 | 副課長 | 主査 | 課 | 員 | 起案 　　 年 月 日  この届出を受理したので供覧します。 |
|  |  |  |  |  |  |
| 受付印 | | | 決裁印 | | |
|  | | |  | | |

□　承認書