

手数料納付額	審査印
円	

薬局製剤製造販売承認申請書

名称	一 般 的 名 称			
	販 売 名			
成 分 及 び 分 量 又 は 本 質				
製 造 方 法				
用 法 及 び 用 量				
効 能 又 は 効 果				
貯 蔵 方 法 及 び 有 効 期 間				
規 格 及 び 試 験 方 法				
製造販売する 品目の製造所	名 称	所 在 地	許可区分又は 認定区分	許可番号又は 認定番号
原薬の製造所	名 称	所 在 地	許可区分又は 認定区分	許可番号又は 認定番号
備 考				

上記により、薬局製剤の製造販売の承認を申請します。

令和 年 月 日

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）

水戸市保健所長 様

担当者 _____ 連絡先 _____

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書^{かい}ではつきりと書くこと。
- 3 許可区分又は認定区分欄については、薬局製剤又は薬局製造販売医薬品と記載すること。
- 4 備考欄に薬局の名称、許可番号及び許可年月日を記載すること。