

(別 添)

平成 年 月 日

申請中の品目の要望について

販 売 名	
申 請 年 月 日	
受 付 番 号	
漢 方 処 方 名	
新基準への変更 希望の有無	
そ の 理 由	
備 考	

厚生労働省医薬食品局審査管理課 一般用医薬品担当者 宛

会 社 名 _____
所 在 地 _____
担 当 者 名 _____
担当者所属部署 _____
担当者連絡先 電話： _____
FAX： _____