様式３

品　目　廃　止　届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃止品目 | 品目番号 |  |
| 名称 |  |
| 廃止年月日 |  |
| 廃止理由 | |  |
| 経過措置 | | 経過措置期限　　　　　　　年　　月　　日  在庫の有無等（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　滋賀県配置家庭薬品目収載台帳収載事務取扱要領第６条により、上記のとおり品目廃止の届出をします。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称および代表者の氏名）

（あて先）

　滋賀県健康医療福祉部薬務課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先TEL

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　FAX