

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
---------------------	--------------------------------	----------------------

様式第二十四 (第四十八条関係)

薬局製剤製造販売承認事項軽微変更届書

承 認 番 号		承認年月日	
名 称	一 般 的 名 称		
	販 売 名		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日			
変 更 理 由			
備 考			

上記により、薬局製剤の製造販売の承認事項の軽微な変更の届出をします。

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)

茨城県知事

殿

(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、楷書ではつきりと書くこと。