別紙様式５

取 下 げ 願

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 |  |
| 販売名 |  |
| 医薬品等の別 |  |
| 医療用・一般用の別 |  |
| 製造・輸入の別 |  |
| 承認・許可等の別 |  |
| 進達年月日 |  |
| 県名及び進達番号 |  |
| 受付番号 |  |
| 備考 |  |

上記申請書（届書）の取下げをお願いします。

　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）

厚生労働省医薬局長

殿

都道府県知事

（注意）

１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　字は楷書ではっきり書くこと。

３　「医療用・一般用の別」欄は医薬品及び医療機器の場合のみ記載すること。