

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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、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