様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

富山県配置家庭薬品目収載台帳収載願

富山県厚生部薬事指導課長　殿

収載希望医薬品製造販売業者

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、名称及び代表者氏名）

　下記の品目について、富山県配置家庭薬品目収載台帳への収載をお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品目名 | 承認年月日 | 承認番号 |
|  |  |  |