

取 下 げ 願

申請年月日	年 月 日
販売名	
医薬品・医薬部外品等の別	医薬品 医薬部外品 化粧品 医療用具
医療用・一般用の別	医療用 一般用 特別審査 医家向 家庭向
製造、輸入の別	製造 輸入 外国製造
承認、許可の別	承認（一変） 許可 申出 届出
進達年月日	年 月 日
県名及び進達番号	東京都 第 号
受付番号	
備考	取下げ理由

上記 $\left(\begin{array}{l} \text{申請書} \\ \text{申出書} \\ \text{届 書} \end{array} \right)$ の取下げをお願いします。

令和 年 月 日

住所
氏名

厚生労働省 医薬・生活衛生局長 殿
東京都知事 殿

担当者名
連絡先 TEL FAX
業者コード