

合 格 証 返 納 書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
返納者 住 所

氏 名 ㊟

(電話 局 番)

下記のとおり医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律
施行細則第6条の規定により合格証を返納します。

記

合格番号及び合格年月日	第 号 年 月 日
-------------	-----------

添付書類

合格証

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。