

宣 伝 許 可 再 申 請 書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター
薬剤部長 殿

会社名
担当者名

1. 商品名

一般名

剤型・規格

2. 前 宣伝許可期間

3. 宣伝許可再申請の理由

上記により宣伝許可の再申請をお願いいたします。