

平成 年 月 日

回収終了報告書

大阪府知事 ○○ ○○ 様

住 所

氏 名 ○○製薬株式会社

代表取締役 ○○ ○○ 印

この度、当社にて回収を行いました医薬品について、下記のとおり回収を終了したので報告します。

記

1. 回収を行う者の氏名及び住所

氏名：○○製薬株式会社 代表取締役 ○○○○

住所：

2. 総括製造販売責任者の氏名、その業務を行う事務所の名称及び所在地

総括製造販売責任者の氏名：

名称：

所在地：

3. 製造販売業の許可年月日及び許可番号

許可年月日：

許可番号：

4. 回収の対象となる品目の販売名及び承認番号・承認年月日又は製造販売届出年月日

販売名：

承認番号・承認年月日又は製造販売届出年月日：

5. 回収数量

回収数量、製造番号、回収先

(製造番号と回収数量の一覧表、回収先の一覧表を添付すること)

6. 回収終了年月日

平成 年 月 日

7. 健康被害の発生状況

8. 回収開始以降に判明した事項

(回収に至った事項の原因究明の状況等について記載すること)

9. 改善措置の内容 (実施予定を含む。)

10. 回収した医薬品等の処分方法

11. 今後の対策

12. 担当者

担当者名 :

連絡先 :