**防炎薬剤ラベル交付申請書**

年 　　月 　　日

**公益財団法人 日本防炎協会 理事長 殿**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人の場合は、名称及び代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　防炎ラベル等取扱い及び品質管理に関する規程に基づき、次のとおり防炎ラベルの交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬剤 | 商品名又は銘柄 |  | | |
| 試験番号 |  | | |
| 数量 |  | | |
| 製造年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| ラベル交付枚数 | | 枚 | | |
| 希望納期 | 年　　　月　　　日 | | 備考 |  |

　注　１　この用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。