

平成 年 月 日

静岡県知事 ○○ ○○ 様

提出者住所、氏名及び印

(法人にあつては所在地、名称、代表者役職名、
代表者氏名及び代表者印)

回収措置終了報告書

平成 年 月 日に回収着手報告書を提出した、弊社が製造販売した医薬品〔医薬部外品・化粧品・医療機器・再生医療等製品〕について、回収措置が終了しましたので下記のとおり報告します。

記

1 製造販売業概要

- (1) 製造販売業者の氏名及び住所
- (2) 製造販売業者の主たる事務所の名称及び所在地
- (3) 製造販売業の許可の種類、許可番号、許可年月日、当初許可年月日
- (4) 総括製造販売責任者氏名及び所属
- (5) 安全管理責任者氏名及び所属
- (6) 品質管理責任者氏名及び所属
- (7) 回収担当者氏名、連絡先（電話番号、FAX番号、メールアドレス）

2 回収品概要

- (1) 一般的名称
- (2) 販売名
- (3) 承認〔認証・届出〕年月日、承認〔認証・届出時システム受付〕番号
- (4) 効能効果〔用法〕、特徴
- (5) 当該製品が輸出品のときは当該輸出先の国名

3 回収のクラス

4 回収の経過

- ・ インターネット掲載日
- ・ 回収着手年月日
- ・ 回収着手報告書提出年月日
- ・ 回収終了予定年月日
- ・ 回収終了年月日
- ・ 回収終了報告書提出年月日
- ・ 回収品処理年月日

5 回収品の処理状況

6 是正予防措置内容

7 その他