

## 溶出試験実施通知書

殿

福岡県ジェネリック医薬品使用促進協議会 会長 印

福岡県ジェネリック医薬品使用促進協議会第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり貴社の製品について抜き取りを行った旨お知らせします。

ついては、下記4に定める検査機関のいずれかに対して、当該製品の溶出試験を依頼されますようお願いするとともに、依頼文書の写しを協議会あて送付下さいますようお願いいたします。

なお、送付いただいた依頼文書を確認後、協議会は抜き取りを行った貴社の製品について、貴社が依頼した検査機関に送付する予定であることを申し添えます。

### 記

- 製品名等  
〇〇〇〇 (△△mg)
- 数量等  
100錠包装×1個 (Lot:◇◇◇◇)
- 抜き取りを行った卸売一般販売業者  
業者名 株式会社□□  
住所 福岡県福岡市博多区東公園7-7
- 検査機関
  - 北九州市薬剤師会試験検査センター  
(福岡県北九州市八幡東区祝町2丁目13番26号)
  - 福岡市薬剤師会検査センター  
(福岡県福岡市中央区今泉1丁目1番1号)