[별지 제64호서식]

회 수 확 인 서

취 급 자 상 호				
취 급 자 소재지				
취 급 자 성 명			전자우편 주 소	
연 락 처	전 화 번 호		팩스번호	

회 수 제 품 명 세

업 소 명	제 품 명	제조번호	제조일자	규 격	반 품 량	비 고

「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제89조제4항에 따라 위와 같이 회수대상의약품등을 반품하여 재고가 없음을 확인합니다.

년 월 일

대 표 자: (서명 또는 인)

담 당 자: (서명 또는 인)

전화번호(전자우편주소):

○○○(회수계획서를 배포한 업소명) 귀하

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))