

2016年4月1日

お得意先 各位

コーアイセイ株式会社
安全管理部 今 孝

エリチームシロップ0.5%自主回収のお願い

謹啓、時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご愛顧を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、弊社製品の『エリチームシロップ0.5%』につきまして、下記の対象製造番号品を自主回収する事になりました。

多大なるご迷惑とお手数をお掛け致しますが、何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、今後とも一層のご愛顧を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

対象製品名：『エリチームシロップ0.5%』

回収理由：リゾチーム塩酸塩製剤の再評価に伴い、弊社エリチームシロップ0.5%は、再評価の申請を取り下げており、承認整理をしておりますが、本製剤も平成28年3月25日付厚生労働省保険局医療課長通知（保医発0325第5号）に則り、念のために回収させていただきます。
大変ご迷惑をお掛け致します。

対象製品番号：3C07、3C23、3D12、3D26、3E11、3E24、3F05、3F13、3G05、3G25、3H10、3H23、3I06、3I19、3J04、3J09、3J24、3K14、3K22、4E22、4F13、4G03、4H06、4H08、4I05、4J03、4J24、4K08

回収期間：2016年4月6日～2016年5月13日（必着）

回収方法：

別添の回収品在庫確認票に、御社納入先の在庫状況、回収予定数量を記入いただき、①の期日までに第1報をFAXにてお送り願います。その後、回収在庫確認票の原本と一緒に回収品を、②の回収期限までに③の返送先まで着払いにて送付いただきますよう、お願い申し上げます。

①『回収品在庫確認票』の第1報につきましては、2016年4月28日までに023-624-4717までFAXにてお送り願います。

②『回収品在庫確認票』の原本及び回収製品につきましては、2016年5月13日（必着）までに、以下の住所に着払いでお送り願います。

③回収品送付先：

〒990-2445 山形県山形市南栄町二丁目11-27
コーアイセイ株式会社 配送センター

※第1報と原本、回収製品の最終確認を行ってからの赤伝票の発行となりますので、ご了承頂きますようお願い申し上げます。

※回収品を送付頂く場合、着払いでお願い致します。

なお、ご不明な点がございましたら、
コーアイセイ株式会社安全管理部までお問い合わせ願います。

連絡先：TEL 023-622-7755 FAX 023-624-4717

以上

『エリチームシロップ 0.5%回収品在庫確認表』

品名：エリチームシロップ 0.5%

FAX 番号：023-624-4717

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| 御社名 |

| No. | 回収実施 予定日 | 納入施設名 | 回収対象品 のロット | 納入規格 | 実回収数 | | 終了 確認印 |
|-----|-------------|-------|---------------|-------|------|----|-----------|
| | | | | | 未開封 | 開封 | |
| 1 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 2 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 3 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 4 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 5 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 6 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 7 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 8 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 9 | | | | 500mL | 本 | 本 | |
| 10 | | | | 500mL | 本 | 本 | |

- ①この用紙に必要事項を記入して **2016年4月28日まで FAX** してください。
- ②**回収品と一緒にこの用紙を同封し、着払いにて2016年5月13日（必着）まで** 発送してください。