

処方箋医薬品 指定解除のご案内

ロラタジン錠10mg「NP」
ロラタジンOD錠10mg「NP」
ロラタジンドライシロップ1%「NP」

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。

さて、このたびは標題製品につきまして、平成29年1月13日付 厚生労働省告示第13号により、処方箋医薬品 の指定が解除されましたので、ご案内申し上げます。何卒ご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

謹白

記

1. 変更内容

変更前	変更後
処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること	なし

2017年1月13日以降も、変更前の「処方箋医薬品」表示品が流通いたしますが、「処方箋医薬品」としての取扱いは不要です。尚、表示変更品の出荷時期につきましては、後日、改めてご連絡いたします。

以上