

平成 18 年 11 月

頻尿治療剤<塩酸フラボキサート>製剤

## ハルバーン錠

### 薬価基準経過措置に係わるご案内

わかもと製薬株式会社

謹啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、弊社製品につきまして格別のご愛顧を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 18 年 11 月 17 日付官報（厚生労働省告示第 642 号）により薬価基準の経過措置に係わる告示があり、当該品目が経過措置品目に移行となりましたので、ご案内申し上げます。（使用期限：平成 19 年 3 月 31 日まで）

尚、平成 19 年 4 月 1 日に薬価基準より削除となり保険使用ができなくなりますので、該当する製品在庫がございましたらご留意頂きますようお願い申し上げます。

今後とも、弊社製品につきまして変わらぬご愛顧を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

記

品名	規格・包装	薬価基準収載 医薬品コード	JANコード	販売中止月
ハルバーン錠	200mg 1000錠	2590002F1134	4987-243-33512-9	平成 18 年 7 月

○使用期限：平成 19 年 3 月 31 日

○薬価基準削除：平成 19 年 4 月 1 日



WAKAMOTO PHARMACEUTICAL CO.,LTD.