

## 抗真菌剤「アトラント(軟膏・クリーム・外用液)1%」 『指定医薬品』の指定解除について

謹啓 時下 益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃 弊社製品につきまして、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成18年8月31日付厚生労働省令第152号「薬事法施行規則の一部を改正する省令」によって、ネチコナゾールを1mL中8.92mg以下を含有する外用剤及び1g中8.92mg以下を含有する軟膏剤については「指定医薬品」の指定が解除されました。これに伴って、当社が販売する抗真菌剤「アトラント(軟膏・クリーム・外用液)」(有効成分：塩酸ネチコナゾール)の包装及び添付文書の「指定医薬品」の表記を削除いたしますので下記のとおりご案内申し上げます。何卒ご了承の上、今後とも倍旧のお引き立てを賜りますようお願い申し上げます。

謹白

### 記

#### 1. 変更内容

- 個装箱の「規制区分」欄及び添付文書の「指定医薬品」の表記を削除します。

#### 2. 変更品の製造番号及び出荷予定時期

商品コード	品名	包装	従来品最終 製造番号	変更品		
				製造番号	使用期限	出荷予定時期
158313786	アトラント軟膏1%	10g×20	0107L	0111L	2009年10月	2007年2月
158313502	アトラントクリーム1%	10g×20	0418L	0111L	2009年10月	2007年1月
158313526	アトラントクリーム1%	10g×50	0418L	0111L	2009年10月	2007年2月
158313656	アトラント外用液1%	10mL×20	0206	0266	2009年10月	2007年1月
158313687	アトラント外用液1%	10mL×50	0206	0266	2009年10月	2007年1月

流通在庫の関係から、変更品がお手元に届くまでに若干の日時のズレがあるかと存じますが、その折は何卒ご容赦賜りますようお願い申し上げます。