

収 入  
印 紙

外国製造医療機器変更計画確認事項変更確認申請書

|                     |           |   |                   |         |  |
|---------------------|-----------|---|-------------------|---------|--|
| 変 更 計 画 確 認 番 号     |           |   | 変 更 計 画 確 認 年 月 日 |         |  |
| 承 認 番 号             |           |   | 承 認 年 月 日         |         |  |
| 類 別                 |           |   |                   |         |  |
| 名 称                 | 一 般 的 名 称 |   |                   |         |  |
|                     | 販 売 名     |   |                   |         |  |
| 使 用 目 的 又 は 効 果     |           |   |                   |         |  |
| 形 状 、 構 造 及 び 原 理   |           |   |                   |         |  |
| 原 材 料               |           |   |                   |         |  |
| 性能及び安全性に関する規格       |           |   |                   |         |  |
| 使 用 方 法             |           |   |                   |         |  |
| 保 管 方 法 及 び 有 効 期 間 |           |   |                   |         |  |
| 製 造 方 法             |           |   |                   |         |  |
| 製造販売する品目の製造所        |           | 名 | 称                 | 登 録 番 号 |  |
|                     |           |   |                   |         |  |
| 備 考                 |           |   |                   |         |  |

上記により、外国製造医療機器変更計画の変更の確認を申請します。

年 月 日

住所 邦 文  
外国文  
(法人にあつては、主  
たる事務所の所在地 )

氏名 邦 文  
外国文  
(法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名 )

選任外国製造医療機器等製造販売業者

住所 (法人にあつては、主  
たる事務所の所在地 )

氏名 (法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名 )

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 この申請書は、正本1通及び副本2通提出すること。
- 3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 4 収入印紙は、正本にのみ貼り、消印をしないこと。
- 5 変更のない事項については、「変更なし」と記載すること。