

様式第六十三の十九の三(二)(第百十四条の四十五の二関係)

収 入
印 紙

体外診断用医薬品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	
名 称	一 般 的 名 称			
	販 売 名			
使 用 目 的				
形 状 、 構 造 及 び 原 理				
反 応 系 に 関 与 す る 成 分				
品 目 仕 様				
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、体外診断用医薬品変更計画の変更の確認を申請します。

年 月 日

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。