

様式第六十三の十九の三(一)(第百十四条の四十五の二関係)

収
入
印
紙

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、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 (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。