

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。