

様式第六十七(一)(第百十八条関係)

指定高度管理医療機器等適合性調査申請書

主たる機能を有する事務所の名称				
主たる機能を有する事務所の所在地				
製造販売業の許可番号及び年月日				
申請 品 目	一 般 的 名 称			
	販 売 名			
	認証申請受付番号又は認証番号			
	認証申請年月日又は認証年月日			
区 分				
製 造 所	名 称	所 在 地	登 録 番 号	製 造 工 程
調 査 手 数 料 金 額				
備 考				

上記により、指定高度管理医療機器等の適合性調査を申請します。

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)

登録認証機関 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 調査手数料金額欄については、登録認証機関が定める手数料金額について記載すること。