

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。