

医 薬 品
医薬部外品 変更計画適合性確認結果通知書

名 称	一 般 的 名 称	
	販 売 名	
申 請 者 名		
変 更 計 画 確 認 番 号		
変更計画適合性確認申請年月日		
確認を行った製造所の名称		
確認を行った製造所の所在地		
製造業者の氏名(法人にあつては、 名称及び代表者の氏名)		
製造業者の住所(法人にあつては、 主たる事務所の所在地)		
製造業の許可若しくは登録区分又 は医薬品等外国製造業者の認定若 しくは登録区分		
製造業の許可若しくは登録番号及び 年月日又は医薬品等外国製造業者の 認定若しくは登録番号及び年月日		
確 認 結 果		
備 考		

上記により、医 薬 品 の変更計画適合性確認の結果を通知します。
医薬部外品

年 月 日

適合性確認実施者 印

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) 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。