

様式第三十五(第六十六条関係)

医 薬 品 再 評 価 申 請 書

|                        |       |                                          |       |
|------------------------|-------|------------------------------------------|-------|
| 再評価の告示<br>年月日・番号       |       | 年    月    日厚生労働省告示第                    号 |       |
| 承認番号                   |       |                                          | 承認年月日 |
| 名                      | 一般的名称 |                                          |       |
| 称                      | 販 売 名 |                                          |       |
| 備                    考 |       |                                          |       |

上記により、医薬品の再評価を申請します。

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。