

再生医療等製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		
確認を行つた製造所の名称		
確認を行つた製造所の所在地		
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)		
製造業の許可区分又は再生医療等 製品外国製造業者の認定区分		
製造業の許可番号及び年月日又は 再生医療等製品外国製造業者の認 定番号及び年月日		
確認結果		
備考		

上記により、再生医療等製品の変更計画適合性確認の結果を通知します。

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。