

収 入 印 紙		外国製造 医 薬 品 品 品 医 薬 品 品 品 外 品 品 品 変更計画確認申請書			
承 認 番 号				承 認 年 月 日	
名 称	一 般 的 名 称				
	販 売 名				
成 分 及 び 分 量 又 は 本 質					
製 造 方 法					
用 法 及 び 用 量					
効 能 又 は 効 果					
貯 蔵 方 法 及 び 有 効 期 間					
規 格 及 び 試 験 方 法					
製造販売する品目の製造所		名 称	所 在 地	許 可、認 定 又 は 登 録 区 分	許 可、認 定 又 は 登 録 番 号
原 薬 の 製 造 所		名 称	所 在 地	許 可、認 定 又 は 登 録 区 分	許 可、認 定 又 は 登 録 番 号
備 考					

上記により、外国製造 医 薬 品 品 品
医 薬 品 品 品
外 品 品 品
変更計画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）

選任外国製造医薬品等製造販売業者

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。