

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
医薬部外品 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

厚 生 労 働 大 臣
都 道 府 県 知 事 殿
独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長

(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。