

様式第七十五の十四の三(第百三十七条の四十八の二関係)

収 入
印 紙

再生医療等製品変更計画確認事項変更確認申請書

変 更 計 画 確 認 番 号				変更計画確認年月日	
承 認 番 号				承 認 年 月 日	
類 別					
名 称	一 般 的 名 称				
	販 売 名				
効 能 、 効 果 又 は 性 能					
形状、構造、成分、分量又は本質					
製 造 方 法					
規 格 及 び 試 験 方 法					
用法及び用量又は使用方法					
貯 蔵 方 法 及 び 有 効 期 間					
製造販売する品目の製造所	名 称	所 在 地	許可区分又は認定区分	許可番号又は認定番号	
備 考					

上記により、再生医療等製品変更計画の変更の確認を申請します。

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。
- 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。