

様式第七十五の十四の二(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申請書

|                               |           |           |            |
|-------------------------------|-----------|-----------|------------|
| 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<br>の製造所              | 名 称       | 所 在 地     | 許可区分又は認定区分 |
|                               |           |           |            |
| 備 考                           |           |           |            |

上記により、再生医療等製品変更計画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。