

様式第六十七(一)(第百十八条関係)

指定高度管理医療機器等適合性調査申請書

|                  |                |     |      |      |
|------------------|----------------|-----|------|------|
| 主たる機能を有する事務所の名称  |                |     |      |      |
| 主たる機能を有する事務所の所在地 |                |     |      |      |
| 製造販売業の許可番号及び年月日  |                |     |      |      |
| 申請品目             | 一般的名称          |     |      |      |
|                  | 販売名            |     |      |      |
|                  | 認証申請受付番号又は認証番号 |     |      |      |
|                  | 認証申請年月日又は認証年月日 |     |      |      |
| 区分               |                |     |      |      |
| 製造所              | 名称             | 所在地 | 登録番号 | 製造工程 |
|                  |                |     |      |      |
| 調査手数料金額          |                |     |      |      |
| 備考               |                |     |      |      |

上記により、指定高度管理医療機器等の適合性調査を申請します。

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)

登録認証機関 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。
- 3 調査手数料金額欄については、登録認証機関が定める手数料金額について記載すること。