

様式第三十七の三(第六十八条の二関係)

収入
印紙

医 薬 品
医 薬 部 外 品 変更計画確認事項変更確認申請書
化 粧 品

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		
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					

医 薬 品
上記により、医 薬 部 外 品 変更計画の変更の確認を申請します。
化 粧 品
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。