

様式第三十六(第六十七条関係)

医薬品 再評価 確認 申請書
調査

| | | | |
|------------------|-------|----------|---|
| 再評価の告示 年月日・番号 | 年 月 日 | 厚生労働省告示第 | 号 |
| 承認番号 | | 承認年月日 | |
| 名称 | 一般的名称 | | |
| | 販売名 | | |
| 備考 | | | |

上記により、医薬品の再評価に係る 確認 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)

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長 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。