

様式第三十六（第六十七条関係）

医薬品 再評価 確認 調査 申請書

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、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書<sup>かい</sup>ではつきりと書くこと。

(裏面)

連絡

電話

FAX

担当者名

番号 ( )

番号 ( )

----- 調査手数料振込金受取書 (写) 貼付欄 (この点線の枠内に糊付けしてください。) -----

(注) 市中銀行等の窓口に備え付けの振込用紙の場合、金融機関により振込金受取書、領収証書、領収済通知書等名称が異なる場合がありますが、正規の領収書となるものなら何れでも使用できます。

各金融機関に設置されている自動振込機の領収書も使用できます。

原本は不要です。コピーした写しを、はがれないよう点線の枠内に糊付けして下さい。

調査申請書の「調査手数料合計金額」(この用紙の表の金額)と、この欄に糊付けする調査手数料振込金受取書(写)の金額が一致していることを必ず確認して下さい。

市中銀行に備え付けられた用紙が点線の枠より大きな場合、枠外にはみ出してもかまいませんが、この用紙(A4サイズ)の範囲内に糊付けして下さい。