

収 入
印 紙

外国製造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					
製造販売する品目の 製造所	名 称	所 在 地	許可区分又は認定区分	許可番号又は認定番号	
備 考					

上記により、外国製造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 邦 文
外国文
（ 法人にあつては、主
たる事務所の所在地 ）

氏 名 邦 文
外国文
（ 法人にあつては、名
称及び代表者の氏名 ）

選任外国製造再生医療等製品製造販売業者

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。