

収入
印紙

外国製造医薬品
化粧品
化粧品
変更計画確認申請書

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							

上記により、外国製造医薬品
化粧品
化粧品
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)

選任外国製造医薬品等製造販売業者

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。