

様式第二十二の二(第四十五条の四、第百十四条の二十二の四関係)

収入
印紙

医 薬 品
医 療 機 器
体 外 診 断 用 医 薬 品
条件付き承認 申請書

承 認 番 号			承 認 年 月 日	
			承認事項一部変更年月日	
名 称	一 般 的 名 称			
	販 売 名			
備 考				

上記により、
医 薬 品
医 療 機 器
体 外 診 断 用 医 薬 品
条件付き承認を申請します。

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)

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、申請書の正本にのみ貼り、消印をしないこと。