

様式第三十三（第六十四条関係）

医 薬 品 再 審 査 確 認 調 査 申 請 書

区 分	販 売 名	確認手数料又は調査手数料の金額
確 認 手 数 料 及 び 調 査 手 数 料 合 計 金 額		

上記により、医薬品の再審査に係る 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 A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書^{かい}ではつきりと書くこと。
- 3 区分欄には、薬事法関係手数料令において定める区分を記載すること。
- 4 薬事法関係手数料令において定める手数料を機構の口座に払い込んだことを証する書類
の写しを裏面^{ちようふ}に貼付すること。

(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。