

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A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書^{かいし}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。