

様式第七十五の十四の三（第百三十七条の四十八の二関係）

収入印紙		再生医療等製品変更計画確認事項変更確認申請書			
変更計画確認番号				変更計画確認年月日	
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、再生医療等製品変更計画の変更の確認を申請します。

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、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。