

収入印紙		外国製造医薬品化粧品			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		
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 変更計画の変更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。