

様式第六十三の十九の三（一）（第百十四条の四十五の二関係）

収 入 印 紙		医療機器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		
使 用 目 的 又 は 効 果			
形 状 、 構 造 及 び 原 理			
原 材 料			
性能及び安全性に関する規格			
使 用 方 法			
保 管 方 法 及 び 有 効 期 間			
製 造 方 法			
製造販売する品目の製造所		名 称	登 録 番 号
備 考			

上記により、医療機器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。