

様式第二十五（一）（第五十条関係）

医 薬 品
医薬部外品 適合性調査申請書

主たる機能を有する事務所の名称		
主たる機能を有する事務所の所在地		
製造販売業の許可番号及び年月日		
調査を受けようとする製造所の名称		
調査を受けようとする製造所の所在地		
製造業者の氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）		
製造業者の住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）		
製造業の許可区分又は外国製造業者の認定区分		
製造業の許可番号又は外国製造業者の認定番号及び年月日		
申請品目	一 般 的 名 称	
	販 売 名	
	承認申請受付番号又は承認番号	
	承認申請年月日又は承認年月日	
調 査 手 数 料 金 額		
備 考		

上記により、**医 薬 品** の適合性調査を申請します。
医薬部外品

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）印

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 製造業の許可区分又は外国製造業者の認定区分欄については、第 26 条第 1 項、第 2 項若しくは第 3 項又は第 36 条第 1 項、第 2 項若しくは第 3 項の各号のいずれに該当するかを記載すること。
- 4 備考欄には製造所に係る製造業者の氏名又は名称及び住所又は所在地を記載すること。
- 5 独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長に申請する場合にあつては、薬事法関係手数料令において定める適合性調査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に貼付^{ちようぷ}すること。

(裏面)

連絡

電話

F A X

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。