

様式第六十二(二)(第百十一条関係)

外国製造 医療機器 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 |  |
| 類別           |                  |       |  |
| 名称           | 一般的名称            |       |  |
|              | 販売名              |       |  |
| 備考           |                  |       |  |

上記により、外国製造医療機器の再評価に係る 確認 調査 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 印又は署名  
 外国文  
 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

選任製造販売業者  
 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) 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。
- 2 字は、墨、インク等を用い、邦文にあつては、楷書<sup>かい</sup>ではつきりと書くこと。

(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。