

市販後 ・ 治験 ・ 部外品／化粧品^{※1}
承 継 等 登 録 票
 (承継 ・ 合併^{※2})

項 目		登 録 内 容	
登 録 日		年 月 日	
承継対象品目	医薬品等コード ^{※3}	1.	
	市販後：7, 9 or 12桁	2.	
	治験：治験成分記号	3.	
部外品・化粧品	12桁		
	承継元 ／ 合併前	医薬品販売名等 ^{※4}	1.
			2.
		3.	
企業名			
送信者識別子			
承継日／合併日(予定日で可)			
承継先 ／ 合併先	医薬品販売名等 ^{※5}	1.	
		2.	
		3.	
	企業名		
	送信者識別子		
	担当部署名		
	担当者名		
電話番号			
F A X 番号			
備 考			

(注意事項)

※1、2 該当するものを丸で囲むこと。

※3 医薬品等とは、医薬品、治験薬、医薬部外品及び化粧品を指す。

※4 医薬品販売名等には、医薬品、医薬部外品名又は化粧品の承継元の販売名を記載すること。

※5 医薬品販売名等には、医薬品、医薬部外品名又は化粧品の承継先の販売名を記載すること。

※6 承継医薬品が複数ある場合、本様式により3品目まで登録が可能である。4品目以上の場合は別添として医薬品等コード及び医薬品等の販売名を記載して本様式に添付して提出すること。別添の様式は特に定めない。

※7 合併の場合であって、本様式提出時に合併先に記載した連絡先に連絡が取れない場合には、備考欄に連絡が取れる企業名、部署名、電話番号等を記載すること。