

様式第六十七（一）（第百十八条関係）

指定高度管理医療機器等適合性調査申請書

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			
申請 品目	一 般 的 名 称		
	販 売 名		
	認証申請受付番号又は認証番号		
	認証申請年月日又は認証年月日		
区 分			
製造 所	名称	所在地	登録番号
調 査 手 数 料 金 額			
備 考			

上記により、指定高度管理医療機器等の適合性調査を申請します。

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）

㊞

登録認証機関 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 調査手数料金額欄については、登録認証機関が定める手数料金額について記載すること。