様式第三十七の三（第六十八条の二関係）

医薬品

医薬部外品

化粧品

収入

印紙

　　　　　　　　　　　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 | |  |
| 名称 | 一般的名称 | |  | | | | |
| 販売名 | |  | | | | |
| 成分及び分量又は本質 | | |  | | | | |
| 製造方法 | | |  | | | | |
| 用法及び用量 | | |  | | | | |
| 効能又は効果 | | |  | | | | |
| 貯蔵方法及び有効期間 | | |  | | | | |
| 規格及び試験方法 | | |  | | | | |
| 製造販売する品目の製造所 | | 名称 | | 所在地 | 許可、認定又は登録区分 | 許可、認定又は登録番号 | |
|  | |  |  |  | |
| 原薬の製造所 | | 名称 | | 所在地 | 許可、認定又は登録区分 | 許可、認定又は登録番号 | |
|  | |  |  |  | |
| 備考 | | |  | | | | |

医薬品

医薬部外品

化粧品

上記により、　　　　　　　　　変更計画の変更の確認を申請します。

法人にあつては、主たる事務所の所在地

　　　　年　　　月　　　日

住所

法人にあつては、名称及び代表者の氏名

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。