

様式第六十三の十九の三(一)(第百十四条の四十五の二関係)

収入
印紙

医療機器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			
類別							
名称	一般的名称						
	販売名						
使用目的又は効果							
形状、構造及び原理							
原材料							
性能及び安全性に関する規格							
使用方法							
保管方法及び有効期間							
製造方法							
製造販売する品目の製造所		名称		登録番号			
備考							

上記により、医療機器変更計画の変更の確認を申請します。

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)

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。