

[別紙第1号様式]

医 薬 品  
体外診断用医薬品  
医 薬 部 外 品  
化 粧 品  
医 療 機 器  
再生医療等製品

輸入 確認申請書

| 品 名                                     | 数 量  | 業許可等の有無及びその種類   |
|---|--|---|
|   |  |   |
| 輸入の目的                                   | ①治験(企業)用、②臨床試験(医師)用、③試験研究・社内見本用、④展示用、⑤個人用、⑥医療従事者個人用、⑦再輸入品・返送品用、⑧その他<br>( )   |   |
| 誓約事項                                    | <input type="checkbox"/> 上記輸入の目的のために使用するもので、他に販売、貸与又は授与するものではありません。<br><input type="checkbox"/> 当該輸入に係る必要な調査、指導、情報の収集、意見の聴取その他の必要な協力を行います。<br><input type="checkbox"/> 医薬品等の輸入に関して厚生労働省等から提供される情報を輸入する前及び輸入した後に確認するよう努めます。 |   |
| 確認事項                                    | <input type="checkbox"/> 過去二年以内に薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反したことはありません。  |   |
| 輸入しようとする品目の製造業者名及び国名                    |  |   |
| (製造業者名)                                 |  | (国名)  |
| 輸入年月日                                   | 船荷証券、航空運送状等の番号   | 到着空港、到着港又は蔵置場所  |
|   |  |   |
| 当該申請に関する<br>手続を申請者に代<br>わつて行う者がい<br>る場合 | 氏名   |   |
|   | 住所   |   |
|   | 連絡先  |   |
|   | 確認事項   | <input type="checkbox"/> 過去二年以内に薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反したことはありません。 |
| 備考                                      |  |   |
| 確認欄                                     | 特記事項   |   |
|   | 厚生労働大臣 (地方厚生局長) (印)  |   |

上記により、  
医 薬 品  
体外診断用医薬品  
医 薬 部 外 品  
化 粧 品  
医 療 機 器  
再生医療等製品  
の輸入に係る確認を申請します。

年 月 日

住所  
連絡先  
氏名

(送付先の名称)  
(送付先の住所)  
(送付先の連絡先)

厚生労働大臣 (地方厚生局長) 殿

[別紙第3号様式]

商 品 説 明 書  
(個人・医療従事者用医薬品)

|                    |   |
|--------------------|---|
| 商 品 名              |   |
| 化学名、一般的<br>名称又は本質  | ①ヒアルロン酸、②ボツリヌス毒素、③アスコルビン酸、<br>④歯牙漂白剤、⑤ミノキシジル、⑥ベバシズマブ、⑦サリドマイド、<br>⑧不活化ポリオワクチン、⑨リドカイン、⑩メラトニン、<br>⑪オセルタミビルリン酸塩、⑫シルデナフィル、⑬漢方、<br>⑭その他( )                              |
| 用 途                | ①ガン治療、②強壮剤・ED薬、③うつ・気分障害・不眠治療、<br>④栄養補充、⑤美容、⑥痩身効果、⑦避妊、⑧アレルギー治療、<br>⑨育毛、⑩ワクチン、⑪皮膚麻酔、⑫眼科治療、⑬歯科治療、<br>⑭特定疾病*治療、⑮動物の治療、<br>⑯その他( )<br>※特定疾病：介護保険法施行令第2条に規定する疾病(ガンを除く。) |
| 具体的な用途<br>(効能又は効果) |   |
| 規 格                |   |

(注) 1. この用紙は承認等を受けていない医薬品を個人用又は医療従事者個人用の目的で輸入する場合に提出すること。  
2. この様式の大きさは日本産業規格A4とすること。