様式第六十三の十九の二(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申請書

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。