様式第七十五の十四の三(第百三十七条の四十八の二関係)

収入印紙

再生医療等製品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				
効能、効果又は性能					
形状、構造、成分、分量又は本質					
製造方法					
規格及び試験方法					
用法及び用量又は使用方法					
貯蔵方法及び有効期間					
製造販売する品目の製造所	名称	所在地	許可区分又は認定区分	許可番号又は認定番号	
備考					

上記により、再生医療等製品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。