様式第三十七の二(第六十八条の二関係)

収入印紙

医　薬　品
医薬部外品　変更計画確認申請書
化　粧　品

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
上記により、医薬部外品 変更計画の確認を申請します。
化　粧　品

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。