様式第三十六(第六十七条関係)

医薬品　再評価　確認／調査　申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 再評価の告示年月日・番号 | 年　月　日　厚生労働省告示第　号 | | | |
| 承認番号 | | 承認年月日 | | |
| 名称 | 一般的名称 | | | |
| | 販売名 | | | |
| 備考 | | | | |

上記により、医薬品の再評価に係る　確認／調査　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)

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長　殿

(注意)

1　用紙の大きさは、A4とすること。

2　字は、墨、インク等を用い、楷書(かい)ではつきりと書くこと。