

ご自宅住所 - 記載位置 _ 参考資料のため返信不要

様式第九十七の三 (第二百十八条の二の二関係)

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()	
誓約事項	<input checked="" 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。 <input checked="" 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。 <input checked="" 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 checked="" 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) ○○製薬 (国名) 米国		
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 手続を申請者に代 わって行う者がい る場合	氏名	
	住所	
	連絡先	
	確認事項	<input checked="" 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 <div style="text-align: right;">厚生労働大臣 (関東信越厚生局長) (印)</div>	

輸入者(使用者)の個人名を記載し、個人印を押印する(所属機関の社印や代表者印を使用しないこと)。この欄に医療機関の名称は不要。住所については、輸入者(使用者)の自宅を記載する

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

上記により、の輸入に係る確認を申請します。

年 月 日

住所 東京都千代田区霞が関○-△
連絡先 03-xxxx-xxx
氏名 ○○ ×× (印)

(送付先の名称) ○○病院 ○○
(送付先の住所) 埼玉県○-△
(送付先の連絡先) 048-xxxx-xxx

厚生労働大臣 (関東信越厚生局長) 殿