

様式第九十五（第九十七条、第九十七条の十一、第九十七条の十二関係）

収入
印紙

検 定 申 請 書

製造販売業者又は選任製造販売業者の氏名	
製造販売業者又は選任製造販売業者の住所	
検定に係る医薬品、医療機器又は再生医療等製品を保有する施設の名称及び所在地	
医薬品、医療機器又は再生医療等製品の名称	
製造番号又は製造記号	
製造年 月 日	
容器又は被包	種類
	数 量
試験品の数量	
備考	

医 薬 品
上記により、医 療 機 器 の検定を受けたく申請します。
再生医療等製品

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 ）

印

国立感染症研究所長 殿
国立医薬品食品衛生研究所長

第 号	年 月 日	
都道府県		知 事 印
経 由		
薬 事 監 視 員 氏 名		印
試 験 品 採 取 年 月 日		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4 とすること。
- 2 この申請書は、正副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、申請書の正本にのみ貼り、消印をしないこと。
- 5 この申請書は、各品目の製造番号又は製造記号ごとに作成すること。
- 6 この申請に係る医薬品、医療機器又は再生医療等製品の検定が2以上の製造段階について行われるべき場合に
あつては、この申請に係る製造段階の別について、医薬品、医療機器又は再生医療等製品の名称欄に併せて記載
すること。
- 7 容器又は被包の数量には、試験品の容器又は被包の数量を含めないこと。