

薬局製剤製造販売承認事項一部変更承認申請書

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	許可区分	許可番号	
		〒	薬局製剤		
原薬の製造所	名称	所在地	許可区分	許可番号	
	省略	省略	省略	省略	
備考					

上記により、薬局製剤の製造販売の承認事項の一部変更の承認を申請します。

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）

印

〔連絡先〕 担当者名：
電話番号：

西宮市保健所長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 この申請書は、厚生労働大臣に提出する場合にあつては正本 1 通及び副本 2 通、都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長に提出する場合にあつては正副 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、令第 80 条第 1 項第 1 号及び第 2 項第 5 号に規定する医薬品並びに同号に規定する厚生労働大臣の指定する医薬部外品の承認事項の一部変更の承認の申請書以外の申請書の正本にのみはり、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。