

医薬品輸入確認申請書

本様式は
1部で結構です。

品名		数量	業許可等の有無及びその種類
記入不要です。			
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)	ALK-Abello	(国名)	USA
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	
年 月 日			
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	公益財団法人日本アレルギー協会 大作 友恵	
	住所	〒102-0074 東京都千代田区九段南 4-1-8 第二小磯ビル 2F	
	連絡先	TEL: 03-3222-3437	
	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 (厚生局長) 印</div>		

上記により、医薬品の輸入に係る確認を申請します。

記入して下さい。

令和 年 月 日

自宅住所 〒 - 先生のお宅住所・電話番号は必須です。

氏名

自宅連絡先 TEL:

(送付先の名称)

(送付先の住所) 〒

(送付先の連絡先) TEL

厚生労働大臣 (: 厚生局長) 殿