

指定高度管理医療機器等適合性調査申請書

主たる機能を有する事務所の名称				
主たる機能を有する事務所の所在地				
製造販売業の許可番号及び年月日				
申請 品目	一 般 的 名 称			
	販 売 名			
	認証申請受付番号又は認証番号			
	認証申請年月日又は認証年月日			
区 分				
製 造 所	名 称	所 在 地	登 録 番 号	製 造 工 程
調 査 手 数 料 金 額				
備 考				

上記により、指定高度管理医療機器等の適合性調査を申請します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

株式会社アイシス 殿

担当者 (部署名) (氏名)

連絡先 (TEL) (FAX)

E-mail

業者コード

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 調査手数料金額欄については、登録認証機関が定める手数料金額について記載すること。

※ 「区分」には、「製品群区分」を記載すること。

外国製造指定高度管理医療機器等適合性調査申請書

主たる機能を有する事務所の名称				
主たる機能を有する事務所の所在地				
製造販売業の許可番号及び年月日				
申請 品 目	一 般 的 名 称			
	販 売 名			
	認証申請受付番号又は認証番号			
	認証申請年月日又は認証年月日			
区 分				
製 造 所	名 称	所 在 地	登 録 番 号	製 造 工 程
調 査 手 数 料 金 額				
備 考				

上記により、外国製造指定高度管理医療機器等の適合性調査を申請します。

令和 年 月 日

住 所 邦文 \_\_\_\_\_  
外国文 \_\_\_\_\_

氏 名 邦文 \_\_\_\_\_ ㊟又は署名  
外国文 \_\_\_\_\_

選任した製造販売業者  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

株式会社アイシス 殿

担当者 (部署名) (氏名)  
連絡先 (TEL) (FAX)  
E-mail  
業者コード

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
  - 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
  - 3 主たる機能を有する事務所の名称及び所在地欄及び製造販売業の許可番号及び年月日欄については、選任した製造販売業者に係るものを記載すること。
  - 4 調査手数料金額欄については、登録認証機関が定める手数料金額について記載すること。
- ※ 「区分」には、「製品群区分」を記載すること。