様式第九十五（第百九十七条、第百九十七条の十一、第百九十七条の十二関係）

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一般的名称		
医薬品、医療機器又は再生医療等製品の販売名		
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		

上記により、医薬品／医療機器／再生医療等製品の検定を受けたく申請します。

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）

国立感染症研究所長
国立医薬品食品衛生研究所長　殿

第　号 年　月　日 都道府県 経　由	知　事　㊞
薬事監視員氏名	㊞
試験品採取年月日	

様式第八十七、様式第八十八、様式第九十、様式第九十一、様式第九十三から様式第九十四の二まで及び様式第九十四の四中「㊞」を削る。
様式第九十五を次のように改める。