上記により、再生医療等製品の適合性調査の結果を通知します。

年　月　日

適合性調査権者　印

厚生労働大臣
都道府県知事　殿

（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、楷書ではつきりと書くこと。

様式第七十五の七（第百三十七条の三十六関係）

再生医療等製品　承認　審査／調査　申請書

区分	販売名	審査手数料又は調査手数料の金額
審査手数料及び調査手数料合計金額		

上記により、再生医療等製品の承認に係る審査／調査を申請します。

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）　㊞

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長　殿

（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、楷書ではつきりと書くこと。

3　区分欄には、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律関係手数料令において定める区分を記載すること。

4　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律関係手数料令において定める手数料を機構の口座に払い込んだことを証する書類の写しを裏面に貼付すること。

様式第七十五の八（第百三十七条の三十七関係）

再生医療等製品　承認　審査等　結果通知書

販売名	
申請者名	
承認申請年月日	
審査等結果	
備考	

上記により、再生医療等製品の承認に係る審査等の結果を通知します。

年　月　日

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長　印

厚生労働大臣　殿

（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、楷書ではつきりと書くこと。

様式第七十五の九（第百三十七条の三十八関係）

収入印紙

再生医療等製品再審査申請書

承認番号		承認年月日	
		承認事項一部変更年月日	
類別			
名称	一般的名称		
	販売名		
備考			

上記により、再生医療等製品の再審査を申請します。

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）　㊞

厚生労働大臣　殿

（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、正本１通及び副本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。

様式第七十五の十（第百三十七条の四十四関係）

再生医療等製品　再審査　確認／調査　申請書

区分	販売名	確認手数料又は調査手数料の金額
確認手数料及び調査手数料合計金額		