上記により、再生医療等製品の再審査に係る確認／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。

**様式第七十五の十一**（第百三十七条の四十五関係）

再生医療等製品　再審査　確認等　結果　通知書

| | | |
|---|---|---|
| 類別 | | |
| 名称 | 一般的名称 | |
| | 販売名 | |
| 申請者名 | | |
| 再審査申請年月日 | | |
| 確認等結果 | | |
| 備考 | | |

上記により、再生医療等製品の再審査に係る確認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。

**様式第七十五の十二**（第百三十七条の四十六関係）

再生医療等製品再評価申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 再評価の告示年月日・番号 | 年　月　日　厚生労働省告示第　号 | | |
| 承認番号 | | 承認年月日 | |
| 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評価を申請します。

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。

**様式第七十五の十三**（第百三十七条の四十七関係）

再生医療等製品　再評価　確認／調査　申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 再評価の告示年月日・番号 | 年　月　日　厚生労働省告示第　号 | | |
| 承認番号 | | 承認年月日 | |
| 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評価に係る確認／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。

2　字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。