様式第七十五の十四の七（第百三十七条の四十八の十一、第百三十七条の四十八の十五関係）

再生医療等製品変更計画適合性確認結果通知書

名称	一般的名称	
	販売名	
申請者名		
変更計画確認番号		
変更計画適合性確認申請年月日		
確認を行つた製造所の名称		
確認を行つた製造所の所在地		
製造業者の氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）		
製造業者の住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）		
製造業の許可区分又は再生医療等製品外国製造業者の認定区分		
製造業の許可番号及び年月日又は再生医療等製品外国製造業者の認定番号及び年月日		
確認結果		
備考		

上記により、再生医療等製品の変更計画適合性確認の結果を通知します。

年　月　日

適合性確認実施者　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。