様式第六十七(一)(第百十八条関係)

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。

　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 法人にあっては、主たる事務所の所在地 | 　 |
| 氏名 | 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 | 　 |

公益財団法人医療機器センター 殿

担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail

 業者コード

　(注意)

　　　1　用紙の大きさは、Ａ４としてください。

　　　2　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書いてください。

　　　3　調査手数料金額欄については、空欄で結構です。