

別紙様式第1

検定申請書

製造販売業者の氏名		
製造販売業者の住所		
検定に係る医薬品を保有する施設の名称及び所在地		
医薬品の名称		
製造番号		
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、医薬品の検定を受けたく申請します。

年 月 日

出願者の住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

出願者の氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

印

国立感染症研究所長 殿

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

検定手数料

							円
--	--	--	--	--	--	--	---

に相当する収入印紙

(注意)

- 1 様式の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 この申請書は、正副2通提出すること。
- 3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 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。
- 5 この申請書は、各品目の製造番号ごとに作成すること。
- 6 この申請に係る医薬品の検定が二以上の製造段階について行われるべき場合にあっては、この申請に係る製造段階の別について、医薬品の名称欄に併せて記載すること。

別紙様式第2

試験検査依頼書

- 1 試験検査の種類
- 2 試験品又は検体の名称及び数量
- 3 試験品又は検体の製造番号及び製造年月日
 第 号 年 月 日
- 4 試験品又は検体の成分
- 5 試験検査を必要とする理由
- 6 自家試験検査の結果その他参考となる事項
- 7 備 考

上記のとおり、試験検査を依頼します。


 年 月 日

依頼者の住所 (法人にあつては、主) (たる事務所の所在地)

依頼者の氏名 (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 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	年 月 日

試験検査手数料

								円
--	--	--	--	--	--	--	--	---

に相当する収入印紙

(注意)

- 1 本様式は、昭和47年6月16日薬発第571号薬務局長通知（保存血液等の抜き取り検査について）中保存血液等の抜き取り検査実施要領Ⅱの2の(1)及び(2)に掲げる品目の検査依頼に用いること。
- 2 様式の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 3 この申請書は、正副2通提出すること。
- 4 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 5 収入印紙は、申請書の正本にのみ貼り、消印をしないこと。
- 6 この申請書は、各品目の製造番号ごとに作成すること。

別紙様式第3

番 年 月 号 日

都 道 府 県 知 事 殿

国 立 感 染 症 研 究 所 長 ㊟

検 定 試 験 品 の 再 提 出 に つ い て (通 知)

年 月 日 第 号をもって送付のあった下記医薬品について、試験品に
不足をきたしたので、下記のとおり再提出方お取り計らい願います。

記

申 請 者 名

医 薬 品 の 名 称

製 造 番 号

再 提 出 試 験 品 の 数 量

備 考

別紙様式第4

番 年 月 号 日

国立感染症研究所長 殿

住 所
氏 名





検定試験品の再提出について (送付)

標記のことについて、下記のとおり提出します。

記

医 薬 品 の 名 称
製 造 番 号
再 提 出 試 験 品 の 数 量
容 器 又 は 被 包 の 種 類 及 び 数 量
備 考

第 号 年 月 日 都道府県 経 由	知 事 
業 事 監 視 員 氏 名	
試 験 品 採 取 年 月 日	年 月 日

別紙様式第6

番 号
年 月 日

都 道 府 県 知 事 殿

国 立 感 染 症 研 究 所 長 印

検査成績の通知について

年 月 日 第 号をもって送付のあった の申請にかかる検査
の

成績を、下記のとおり通知します。

記

判 定	
判定年月日	年 月 日

医薬品の名称 _____

製造番号 _____

備 考 _____