

医 薬 品  
体外診断用医薬品  
医 薬 部 外 品  
化 粧 品  
医 療 機 器  
再生医療等製品

輸入 確認申請書

品 名	数 量	業許可等の有無及びその種類
輸入の目的	①治験(企業)用、②臨床試験(医師)用、③試験研究・社内見本用、④展示用、⑤個人用、⑥医療従事者個人用、⑦再輸入品・返送品用、⑧その他( )	
誓約事項	<input type="checkbox"/> 上記輸入の目的のために使用するもので、他に販売、貸与又は授与するものではありません。 <input type="checkbox"/> 当該輸入に係る必要な調査、指導、情報の収集、意見の聴取その他の必要な協力を行います。 <input type="checkbox"/> 医薬品等の輸入に関して厚生労働省等から提供される情報を輸入する前及び輸入した後に確認するよう努めます。	
確認事項	<input type="checkbox"/> 過去二年以内に薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反したことはありません。	
輸入品目(製造業者名) (国)		
輸入年月日	船荷証券、航空運送状等の番号	到着港、到着港又は蔵置場所
		新砂FedEx 1BWD4 H/W / 関西空港FedEx保税蔵置場
当該申請に関する 手続を申請者に代 わって行う者がい る場合	氏名	株式会社オズ・インターナショナル
	住所	東京都中央区日本橋人形町3-8-1 TT-2ビル11F
	連絡先	0570-04-3310
	確認事項	<input type="checkbox"/> 過去二年以内に薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反したことはありません。
備考		
確認欄	特記事項  厚生労働大臣 (関東信越厚生局長/近畿厚生局長) ㊟	

医 薬 品  
体外診断用医薬品  
医 薬 部 外 品  
化 粧 品  
医 療 機 器  
再生医療等製品

上記により、

の輸入に係る確認を申請します。

住所  
連絡先  
氏名

(送付先の名称)

(送付先の住所)

年 月 日

厚生労働大臣 (関東信越厚生局長/近畿厚生局長) 殿