

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

INVOICE に記載されているとおりに名称、数量とその単位(個、箱、等)を記載すること。書ききれない場合は、「別紙のとおり」と記載して、対応する別紙を作成し添付すること(注意: INVOICE を別紙としないこと)。

品 名	数 量	業許可等の有無及びその種類
インボイスに記載されている商品名	〇個	記載しないこと。
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 <input checked="" 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。	
確認事項	<input checked="" 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。	
輸入しようとする品目の製造業者名及び国名		
(製造業者名)	〇△CO. LTD	(国名) アメリカ
輸入年月日	船荷証券、航空運送状等の番号	到着空港、到着港又は蔵置場所
令和〇年〇月〇日	×××× ×××× ××××	関西国際空港
名 所	<input checked="" type="checkbox"/> 日本への到着日を記載すること。国際郵便の場合は、税関から送られてきたはがきの通知年月日を記載すること。 <input checked="" type="checkbox"/> AWB 又は B/L の番号を記載すること。国際郵便の場合は、税関から送られてきたはがきの通知番号を記載すること。 <input checked="" type="checkbox"/> 到着空港、到着港又は蔵置場所を記載すること(記号記載をしないこと)。国際郵便の場合は、税関から送られてきたはがきに該当する税関の名称(例: 〇〇税関〇〇外郵出張所)を記載すること。	
手続を申請者に代わって行う者がいる場合 連絡先 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	<input checked="" type="checkbox"/> 当該申請に関する手続きを申請者に代わって行う者がいる場合は、その者の氏名、住所、連絡先を記載し、確認事項を確認の上、口にチェックを入れること。	
確認欄	特記事項 <input checked="" type="checkbox"/> 該当するものを記載すること。	

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。

輸入者(使用者)の氏名及び自宅住所を記載すること。また、**当該記載内容と INVOICE 及び AWB 等の宛先情報が、いずれも一致していること。**

照会できる連絡先電話番号を記載すること。

住所 大阪府〇△□-×
連絡先 〇〇-△△△△-××××
氏名 〇〇 〇〇

年 月 日

提出する年月日を記載すること。

(送付先の名称)
(送付先の住所)
(送付先の連絡先)

厚生労働大臣(近畿厚生局長) 殿