

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

該当するものを記載すること。

輸入 確認申請

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 | 效 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 | ○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 () ②臨床試験(医師)用を○で囲むこと。 | |
| 確認の上、□にチェックを入れること。 | <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いたします。 <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。 | |
| 誓 約 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。 | |
| 確認 事 項 | 輸入しようとする品目の製造業者名及び (製造業者名) ○△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 |
| 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。 | 名 | 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。 |
| 当該手続に係る手続を申請者に代わって行う者がいる場合 | 住 所 | 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。 |
| | 連絡先 | |
| | 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。 |
| 備 考 | 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、□にチェックを入れること。 | |
| 確 認 欄 | 特記事項 | |
| 該当するものを記載すること。 | | |
| 厚生労働大臣 (近畿厚生局長) (印) | | |

医 藥 品
体外診断用医薬品
医 藥 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)の個人名を記載すること。住所については、輸入者(使用者)の自宅を記載すること。なお、この欄に医療機関の名称は不要。

住所 ○○県○△□

連絡先 ○○-△△△△-×××

氏名 ○○ ○○

年 月 日

提出する年月日を
記載すること。

(送付先の名称) ○△病院 ○△科 ○○ ○○

(送付先の住所) ○○県○△□-×

(送付先の連絡先) ××-×××-×××

厚生労働大臣 (近畿厚生局長) 殿

申請者の住所と品目の送付先が異なる場合、INVOICE 及び AWB 等に記載された送付先の情報を記載すること。