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
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	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	

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、薬局製造販売医薬品の製造販売業許可を有する場合は、製造販売業許可名を記載すること。業許可が無い場合は記載をしないこと。

輸入の目的	⑥　治験（企業）用、②臨床試験（医師）用、③試験研究 ⑥医療従事者個人用、⑦再輸入品・返送品用、⑧その他（原薬サンプルの譲渡用　　）
誓約事項	☑上記輸入の目的のために使用するもので、他に販売、貸 ☑当該輸入に係る必要な調査、指導、情報の収集、 ☑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	☑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。

確認の上、□にチェックを入れること。

⑧その他を〇で囲み、「原薬サンプルの譲渡用」と記載すること。

確認の上、□にチェックを入れること。

輸入しようとする品目の製造業者名及び

（製造業者名）　〇△CO. LTD　（国名）アメリカ

輸入品の製造業者名及び国名を記載すること。書ききれない場合は、品名欄及び数量欄と同様に「別紙のとおり」と記載して、対応する別紙を添付すること。

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。

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。

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	名	
	所	
	連絡先	
	確認事項	□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	

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。

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）　㊞

上記により、
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
の輸入に係る確認を申請します。

輸入者の法人名、代表者氏名及び本社等の所在地を記載すること。

住所　〇〇県〇△□
連絡先　〇〇－△△△△－××××
氏名　株式会社〇〇　代表取締役〇〇　〇〇

照会できる連絡先電話番号を記載すること。

年　月　日

提出する年月日を記載すること。

（送付先の名称）株式会社〇〇
（送付先の住所）〇〇県〇△□-×
（送付先の連絡先）××－××××－××××

厚生労働大臣（近畿厚生局長）　殿

申請者の所在地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。（ただし、**INVOICE 及び AWB 等の宛先情報が一致しており、申請者の自社宛て**であること。）