

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

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	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	記載をしないこと。
輸入の目的	<input type="checkbox"/> ⑥ 治験(企業)用、 <input type="checkbox"/> ② 臨床試験(医師)用、 <input type="checkbox"/> ③ 試験研究・社内見本用、 <input type="checkbox"/> ④ 展示用、 <input type="checkbox"/> ⑤ 個人用、 <input type="checkbox"/> ⑥ 医療従事者個人用、 <input type="checkbox"/> ⑦ 再輸入品・返送品用、 <input checked="" type="checkbox"/> ⑧ その他(スポーツイベント用)	
確認の上、口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、他に同等の品を輸入する予定がないこと。 <input checked="" type="checkbox"/> 当該輸入に係る必要な調査、指導、情報の収集、意匠の採取その他の必要な協力を怠らなう。	
確認の上、口にチェックを入れること。	<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を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		
(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
日本への到着日を記載すること。	氏 名	日本に到着する航空便の便名を記載すること。
日本に到着する空港名を記載すること (記号記載をしないこと)。	住 所	
	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 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 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 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。

輸入者の個人名を記載し、住所については輸入者(医師)の自宅を記載すること。

照会できる連絡先電話番号及びメールアドレスを記載すること。

住所 ○○○○○○
 連絡先 ○○-△△△△-×××× aaa@bbb.co.jp
 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)
 (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