

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

輸入 確認申請

INVOICE に記載されているとおりに名稱、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	○個	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・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(スポーツイベント用)	
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、他に記載すべき事項がない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> 当該輸入に係る必要な調査、指導、情報の収集、意見の聴取等の必要な措置を行います。 <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。	
確認の上、□にチェックを入れること。	<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)	○△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。
手続を申請者に代わって行う者がいる場合	住 所	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)。
	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	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	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。
	住所 ○○○○○○	
	連絡先 ○○-△△△△-xxxx	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		