

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	○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)	
<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、譲渡、貸付、リース等を行うものではないこと。 <input checked="" type="checkbox"/> 当該輸入に係る必要な調査、指導、情報の収集、悪化の防止その他の必要な協力を行う。	<input checked="" type="checkbox"/> ⑧ その他を○で囲み、「スポーツイベント用」と記載すること。	
<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受けたことのないこと。	<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を受けたことのないこと。	
輸入しようとする品目の製造業者名及び(製造業者名)	○△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○年○月○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。	名所 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: ○○税関○○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 <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、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)		

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。

輸入者の個人名を記載し、住所については輸入者の自宅を記載すること。この欄に医療機関名称は不要。

照会できる連絡先電話番号を記載すること。

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
 (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、申請者の自社宛であること。)