

申込日 年 月 日

医療機器基準適合性認証審査費用見積り依頼書

フジファルマ株式会社 認証センター 御中 FAX:055-955-8285

〒410-0051 静岡県沼津市西熊堂327番地の2

Tel:055-955-8393 Fax:055-955-8285 E-mail:fujipharma@fujipharma.co.jp

申請者	社名		
	住所	(〒 -)	
	担当	担当者 : TEL : E-Mail :	部署名 : FAX :

医療機器 製造販売業	<input type="checkbox"/> 第一種 <input type="checkbox"/> 第二種	製造販売許可番号 業者コード	
総括製造販売責任者	役 職		
申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 一部変更申請 (製品) <input type="checkbox"/> 一部変更申請 (QMS) <input type="checkbox"/> 軽微変更申請 <input type="checkbox"/> 定期調査申請 <input type="checkbox"/> サーベイランス <input type="checkbox"/> 承継 <input type="checkbox"/> その他 ()		
申請品目	類 別		
	一般的名称		
	販 売 名		複数販売名 あり 件
厚生労働省告示 112号/373号/471号	別表番号 ()	基準となる J I S 番号 ()	

※ 一般的名称については、「薬食発 0311005 (H17.03.11)」をご参照ください。

申請スケジュール	
貴社スケジュール	QMS適合性調査希望日 [/ /]
認証希望日	[/ /]

QMS 適合性調査について			
対象施設名		従業員数	人
住 所			
製造工程			
登録番号	業者コード	取得規格	
連絡担当者	担当者 : TEL : E-Mail :	部署名 : FAX :	

注) この欄に対象施設名が書ききれない場合は、別紙として添付してください。

申請者は下欄に記入しないで下さい。

受付番号 _____ 受付日 _____ 年 月 日

QMS 適合性調査について					
対象施設名				従業員数	人
住 所					
製造工程					
登録番号		業者コード		取得規格	
連絡担当者	担当者 :		部署名 :		
	TEL :		FAX :		
	E-Mail :				
対象施設名				従業員数	人
住 所					
製造工程					
登録番号		業者コード		取得規格	
連絡担当者	担当者 :		部署名 :		
	TEL :		FAX :		
	E-Mail :				
対象施設名				従業員数	人
住 所					
製造工程					
登録番号		業者コード		取得規格	
連絡担当者	担当者 :		部署名 :		
	TEL :		FAX :		
	E-Mail :				
対象施設名				従業員数	人
住 所					
製造工程					
登録番号		業者コード		取得規格	
連絡担当者	担当者 :		部署名 :		
	TEL :		FAX :		
	E-Mail :				