

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:0545-55-5218

〒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	氏名			
	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 <input type="checkbox"/> 旧法からの移行『確認認証』 <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。

※確認認証申請の場合			
旧法に基づく製造業許可	業許可番号:	有効期限 [ / / ]	
旧法における品目の扱い	承認番号:	許可年月日 [ / / ]	
申請スケジュール			
貴社スケジュール	GMP/QMS適合性調査希望日	[ / / ]	
認証希望日		[ / / ]	

GMP/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 :	

**Fuji Pharma**

F17-002A.doc

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

GMP/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 :				