

関東化学株式会社 行

製造専用の医薬品販売時の確認書

製造専用の医薬品の販売先には、医薬品医療機器等法上の規制がございます。つきましては、下記項目の記入にご協力頂きますようお願い申し上げます。またお手数ですが、製造業または製造販売業の許可をお持ちのお客様は、許可書の写しを添付願います。

製品名*	
製品番号	
数量（容量×本数）	× 本
製品を使用する施設名・部署名	
ご担当者名	

確認内容（該当事項にチェックをご記入下さい） * 品目数が多い場合は別表にご記入ください

チェック欄	該 当 事 項
<input type="checkbox"/>	1) 医薬品の製造販売業者である。
<input type="checkbox"/>	2) 医薬品の製造業者である。
<input type="checkbox"/>	3) 医薬部外品の製造業者である。また医薬部外品の原材料として使用する。
<input type="checkbox"/>	4) 化粧品製造業者である。また化粧品の原材料として使用する。
<input type="checkbox"/>	5) 医療機器の製造業者である。また製品の原材料として使用する。
<input type="checkbox"/>	6) 農薬製造業者である。また農薬の原材料として使用する。
<input type="checkbox"/>	7) 試薬製造業者である。また試薬の原材料として使用する。
<input type="checkbox"/>	8) 化学薬品製造業者である。また化学薬品の原材料として使用する。
<input type="checkbox"/>	9) 食品製造業者である。また食品の原材料として使用する。
<input type="checkbox"/>	10) 製剤化等の研究目的に使用する。
<input type="checkbox"/>	11) 製剤実習等教育目的に使用する。
<input type="checkbox"/>	12) 卸売販売業である。 上記1)～11)のうち、末端ユーザーに該当する番号を記載ください。 (番号 1)
<input type="checkbox"/>	13) その他 内容：

※ 1),2),3),4),5)のいずれかに該当する方は下記をご記入下さい。また、初回は許可証の写しを添付願います。

業の許可番号及び有効期間	業の許可番号：
	有効期間：

(関東化学使用欄)

販売店名	支店・営業所名
------	---------

