

POA.RIN 医薬品医療機器等輸入報告事項登録（臨床試験計画書）

ファイル(F) 表示(V)

輸入報告書 臨床試験計画書

輸入報告番号

品目の別*

入力者情報

氏名* 電話番号*

メールアドレス

☐ 代理申請表示

委託関係登録済みの場合入力

委託元利用者

委託関係登録未済の場合入力

輸入者情報

名称

代表者名

所在地

☐ 国外申請者表示

営業所等情報

名称

所在地

委託元担当者情報

氏名 電話番号

メールアドレス

通知先メールアドレス

1

2

業許可の有無 ☐ 製造販売業 ☐ 製造業 ☐ 毒劇物輸入業

輸入の目的* ☐ 治験（企業）用 ☐ 臨床試験（医師）用

輸入年月日（予定日）*

AWB, B/L等の番号*

取卸港*

備考

POA.RIN 医薬品医療機器等輸入報告事項登録（臨床試験計画書）

ファイル(F) 表示(V)

輸入報告書 臨床試験計画書

1 1 /5

1 輸入品目名称

化学名、一般的名称
または本質

依頼者名

依頼者所在地

数量 数量単位

製造業者名 製造業者国名

用途

規格

要旨

実施期間 から まで

実施予定機関情報 1

名称

所在地

診療科名 主任者名

交付数量 数量単位

備考

実施予定機関情報 2

名称

所在地

診療科名 主任者名

交付数量 数量単位

備考

実施予定機関情報 3

名称

所在地

診療科名 主任者名

交付数量 数量単位

POA.RIN 医薬品医療機器等輸入報告事項登録（臨床試験計画書）		最小化 最大化 閉じる	
ファイル(F) 表示(V)			
1 輸入品目名称			
化学名、一般的名称 または本質			
依頼者名			
依頼者所在地			
数量		数量単位	
製造業者名		製造業者国名	
用途			
規格			
要旨			
実施期間 / / から / / まで			
実施予定機関情報 1			
名称			
所在地			
診療科名		主任者名	
交付数量		数量単位	
備考			
実施予定機関情報 2			
名称			
所在地			
診療科名		主任者名	
交付数量		数量単位	
備考			
実施予定機関情報 3			
名称			
所在地			
診療科名		主任者名	
交付数量		数量単位	
備考			