

| 医薬品医療機器等輸入報告照会情報（再輸入品・返送品）                                                                                                                                                                     |                           |                                                                          |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| ファイル(F) 表示(V)                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                          |                             |
| <input type="button" value="入力者情報"/> <input type="button" value="委託元情報"/> <input type="button" value="輸入者情報"/> <input type="button" value="営業所等情報"/> <input type="button" value="通知先メールアドレス"/> |                           |                                                                          |                             |
| <input type="button" value="再輸入品・返送品用"/>                                                                                                                                                       |                           |                                                                          |                             |
| 輸入報告番号 <input type="text"/>                                                                                                                                                                    | 報告状況 <input type="text"/> | 確認年月日 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 確認担当者名 <input type="text"/> |
| 品目の別 <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                                                                                               |                           |                                                                          |                             |
| <b>入力者情報</b><br>氏名 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/><br>メールアドレス <input type="text"/>                                                                                              |                           |                                                                          |                             |
| <b>委託元情報</b><br>代理申請有無 <input type="text"/><br>委託元利用者 <input type="text"/><br>氏名 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/><br>メールアドレス <input type="text"/>                                |                           |                                                                          |                             |
| <b>輸入者情報</b><br>名称 <input type="text"/><br>代表者名 <input type="text"/><br>所在地 <input type="text"/>                                                                                               |                           |                                                                          |                             |
| <b>営業所等情報</b><br>名称 <input type="text"/><br>所在地 <input type="text"/>                                                                                                                           |                           |                                                                          |                             |
| <b>通知先メールアドレス</b><br>1 <input type="text"/><br>2 <input type="text"/>                                                                                                                          |                           |                                                                          |                             |
| 業許可の有無 <input type="checkbox"/> 製造販売業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 毒劇物輸入業                                                                                             |                           |                                                                          |                             |
| 輸入の目的 <input type="checkbox"/> 再輸入品・返送品用                                                                                                                                                       |                           |                                                                          |                             |
| 輸入年月日（予定日） <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                                  |                           |                                                                          |                             |
| A W B, B / L 等の番号 <input type="text"/>                                                                                                                                                         |                           |                                                                          |                             |
| 取卸港 <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                                                                                                |                           |                                                                          |                             |
| <b>備考</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>                                                                                                                        |                           |                                                                          |                             |
| <input type="checkbox"/> 商品説明書 <input type="checkbox"/> 臨床試験計画書 <input type="checkbox"/> 試験研究計画書 <input type="checkbox"/> 訓練計画書 <input type="checkbox"/> 必要理由書                                 |                           |                                                                          |                             |
| 報告年月日 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                                       |                           |                                                                          |                             |
| <b>通知事項</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>                                                                                                                     |                           |                                                                          |                             |

| 医薬品医療機器等輸入報告照会情報（再輸入品・返送品）                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <div> <div>ファイル(F) 表示(V)</div> <div> <div> <div>輸入報告番号</div> <div></div> </div> <div> <div>報告状況</div> <div></div> </div> <div> <div>確認年月日</div> <div>/ /</div> </div> </div> <div> <div>品目の別</div> <div></div> <div>-</div> <div></div> </div> <div> <div>確認担当者名</div> <div></div> </div> </div> |  |  |  |
| <div> <div>入力者情報</div> <div> <div>氏名</div> <div></div> <div>電話番号</div> <div></div> </div> <div> <div>メールアドレス</div> <div></div> </div> </div>                                                                                                                                                     |  |  |  |
| <div> <div>委託元情報</div> <div> <div>代理申請有無</div> <div></div> </div> <div> <div>委託元利用者</div> <div></div> </div> <div> <div>氏名</div> <div></div> <div>電話番号</div> <div></div> </div> <div> <div>メールアドレス</div> <div></div> </div> </div>                                                               |  |  |  |
| <div> <div>輸入者情報</div> <div> <div>名称</div> <div></div> </div> <div> <div>代表者名</div> <div></div> </div> <div> <div>所在地</div> <div></div> </div> </div>                                                                                                                                            |  |  |  |
| <div> <div>営業所等情報</div> <div> <div>名称</div> <div></div> </div> <div> <div>所在地</div> <div></div> </div> </div>                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| <div> <div>通知先メールアドレス</div> <div> <div>1</div> <div></div> </div> <div> <div>2</div> <div></div> </div> </div>                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| <div> <div>業許可の有無</div> <div> <div><input type="checkbox"/> 製造販売業</div> <div><input type="checkbox"/> 製造業</div> <div><input type="checkbox"/> 毒劇物輸入業</div> </div> </div>                                                                                                                         |  |  |  |
| <div> <div>輸入の目的</div> <div><input type="checkbox"/> 再輸入品・返送品用</div> </div>                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| <div> <div>輸入年月日（予定日）</div> <div>/ /</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| <div> <div>AWB，B／L等の番号</div> <div></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| <div> <div>取卸港</div> <div></div> <div>-</div> <div></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| <div> <div>備考</div> <div></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| <div> <div><input type="checkbox"/> 商品説明書</div> <div><input type="checkbox"/> 臨床試験計画書</div> <div><input type="checkbox"/> 試験研究計画書</div> <div><input type="checkbox"/> 訓練計画書</div> <div><input type="checkbox"/> 必要理由書</div> </div>                                                               |  |  |  |
| <div> <div>報告年月日</div> <div>/ /</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
| <div> <div>通知事項</div> <div></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |

医薬品医療機器等輸入報告照会情報 (再輸入品・返送品)

ファイル(F) 表示(V)

輸入報告書 再輸入品・返送品用

1 1 / 2

1 輸入品目名称

数量 数量単位

製造業者名

製造業者国名 -

備考

2 輸入品目名称

数量 数量単位

製造業者名

製造業者国名 -

備考

3 輸入品目名称

数量 数量単位

製造業者名

製造業者国名 -

備考