

PYA 医薬品医療機器等利用者登録呼出し結果情報
確認状況

ファイル(F) 表示(V)

利用者コード

提出先*
 登録種別*

担当者名*
 電話番号*

輸入者（届出者）情報

名称
 代表者名*
 所在地*

登録する所在地は国外である（個人の場合のみ入力可）

備考

 本業務の入力内容および関連資料の添付の有無を確認した

通知事項

 代理申請者へ委託を行う
 代理申請者である

営業所等情報

名称
 所在地

輸出入届出をシステムにて実施する利用者のみ入力

業者コード

主たる機能を有する事務所又は製造所情報

名称
 所在地

1 / 2

種別	区分	業許可又は登録番号	開始年月日	終了年月日	種別	区分	業許可又は登録番号	開始年月日	終了年月日
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PYA 医薬品医療機器等利用者登録呼出し結果情報
☐ ☐ ☒

ファイル(F) 表示(V)

提出先* 登録種別*

担当者名* 電話番号*

輸入者（届出者）情報

名称
 代表者名*
 所在地*

登録する所在地は国外である（個人の場合のみ入力可）

備考

本業務の入力内容および関連資料の添付の有無を確認した

通知事項

輸入報告をシステムにて実施する利用者のみ入力

代理申請者へ委託を行う 代理申請者である

営業所等情報

名称
 所在地

輸出入届出をシステムにて実施する利用者のみ入力

業者コード

主たる機能を有する事務所又は製造所情報

名称
 所在地

⏪ ⏩ | 1 / 2 | ⏪ ⏩

種別	区分	業許可又は登録番号	開始年月日	終了年月日	種別	区分	業許可又は登録番号	開始年月日	終了年月日
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>