

認 証 審 査 見 積 書 作 成 依 頼 書

医療機器センター 認証事業部

認証審査の見積を希望の方は、この「認証審査見積書作成依頼書」に必要事項を記入の上、
 メールアドレス：ninsho@jaame.or.jp、又は、FAX番号：03-3813-8534までお送り下さい。
 依頼書に記入された情報は機密情報としてお取り扱いいたします。

1. お客様情報記入欄 [依頼者様 記入]

貴社名		
ご所属/ご担当者様	ご所属：	ご担当者様：
所在地	〒 -	
TEL/FAX	TEL：	FAX：
E-mail/HP	E-mail：	HP：http://

2. お見積内容記入欄 ※ 複数品目の申請をご希望の場合は品目毎に記入して下さい。

申請種別	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 一部変更 (品質システムに影響 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	<input type="checkbox"/> 確認認証 (承認から認証への移行)	(一部変更を <input type="checkbox"/> 伴う <input type="checkbox"/> 伴わない)
	<input type="checkbox"/> 確認認証 (許可・届出から認証への移行)	
	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> サーベイランス <input type="checkbox"/> その他 ()
分類	<input type="checkbox"/> 能動医療機器	<input type="checkbox"/> 非能動医療機器
	<input type="checkbox"/> 体外診断用医薬品	(シリーズ申請の場合は構成製品数：)
一般的名称	(コード：)	
製品群名 または備考欄番号*	*薬食監麻発0911第5号 (H26.09.11) の別紙1、別紙2参照	
販売名	*新規申請のため販売名が決まっていない場合は、空欄で結構です。	
滅菌医療機器	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
見積品目に適用される適合性認証基準	別表番号 () *医療機器の場合のみです。	
申請予定時期	<input type="checkbox"/> (平成 年 月頃)	<input type="checkbox"/> 未定
審査に関する希望・連絡事項等		

医療機器センター 認証事業部

