

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)

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