

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"/>