

(様式 11)

証 明 書

日本国厚生労働省は、下記品目が、日本国薬事法の規定に基づく医薬品（医薬部外品、医療機器）の製造販売承認申請中であることを証明します。

医薬品（医薬部外品、医療機器）の名称：

製造販売承認申請受付年月日：

製造販売承認申請受付番号：

申請者の氏名：

申請者の住所：

厚薬食 第 号

平成 年 月 日

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課（室）長

(様式 12)

証 明 書

日本国厚生労働省は、添付の添付資料一覧表は（申請者の氏名（法人にあっては、名称））、（申請者の住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地））が、（医薬品販売名）の製造販売承認を取得するために厚生労働省に提出した前臨床及び臨床試験資料の一覧表と同一のものであることを証明します。

厚薬食 第 号
平成 年 月 日

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課（室）長

(Form No12)

**MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN**

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

CERTIFICATE

It is hereby certified that the attached list is identical to the list of pre-clinical and clinical data submitted to us by (Name of the Applicant), (Address) for the approval of marketing (Name of the Product(s)).

No.

TOKYO, date

(担当課 (室) 長の氏名)

Director, (担当課 (室) の名称)

Pharmaceutical and Food Safety Bureau

Ministry of Health, Labour and Welfare

(様式 13)

証 明 書

日本国厚生労働省は、(試験者の氏名(法人にあつては、名称))、(試験者の住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地))の下記の試験施設が〇〇年〇〇月に調査を受け、我が国の医薬品G L P基準に適合していると認められたことを証明する。

試験施設の名称：

試験施設の所在地：

厚薬食 第 号

平成 年 月 日

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課(室)長

(Form No.13)

**MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN**

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

CERTIFICATE

It is hereby certified that the following testing facility of (name of the testing person),
(Address) was inspected on (Date) and found to be in compliance with all the requirements
of Good Laboratory Practices of Japan.

Name of the Testing Facility:

Address:

No.

TOKYO, date

(担当課(室)長の氏名)

Director, (担当課(室)の名称)

Pharmaceutical and Food Safety Bureau

Ministry of Health, Labour and Welfare

(様式14-1)

証 明 書

日本国厚生労働省は、以下の製品（医薬品・医薬部外品）を製造している（製造業者の氏名（法人にあっては名称））、（製造業者の住所（法人にあっては主たる事務所の所在地））の以下の製造所が定期的な調査を受け、当該製造所における製造が、WHOの勧告に基づいて設定された我が国の医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令（医薬品・医薬部外品GMP省令）の要求事項に適合することを証明します。

製造所の名称：

製造所の所在地：

製品名：

厚薬食 第 号

平成 年 月 日

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課（室）長

(Form No.14-1)

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE

GOVERNMENT OF JAPAN

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

CERTIFICATE

It is hereby certified that the following manufacturing site of (name of the manufacturer), (address), in which the following product(s) is(are) produced is subject to our inspections at suitable intervals, and the manufacturing in the site conforms to all the requirements of the Ministerial Ordinance on Standards for Manufacturing Control and Quality Control for Drugs and Quasi-drugs ("Drugs/Quasi-drugs GMP Ordinance") laid down in accordance with the recommendation of the World Health Organization.

Name of Manufacturing Site:

Address:

Product(s):

No.

TOKYO, date

(担当課 (室) 長の氏名)

Director, (担当課 (室) の名称) Division

Pharmaceutical and Food Safety Bureau

Ministry of Health, Labour and Welfare

(様式 14 - 2)

証 明 書

日本国厚生労働省は、以下の製品（医療機器・体外診断用医薬品）を製造している（製造業者の氏名（法人にあっては名称））、（製造業者の住所（法人にあっては主たる事務所の所在地））の以下の製造所が定期的な調査を受け、当該製造所における製造が、我が国の医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令（機器・体外診QMS省令）の要求事項に適合することを証明します。

製造所の名称：

製造所の所在地：

製品名：

厚薬食 第 号
平成 年 月 日

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課（室）長

(Form No.14-2)

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

CERTIFICATE

It is hereby certified that the following manufacturing site of (name of the manufacturer), (address), in which the following product(s) is(are) produced is subject to our inspections at suitable intervals, and the manufacturing in the site conforms to all the requirements of the Ministerial Ordinance on Standards for Manufacturing Control and Quality Control for Medical Devices and In-vitro Diagnostics ("Medical Devices/IVDs QMS Ordinance")

Name of Manufacturing Site:

Address:

Product(s):

No.

TOKYO, date

(担当課 (室) 長の氏名)

Director, (担当課 (室) の名称) Division
Pharmaceutical and Food Safety Bureau
Ministry of Health, Labour and Welfare

(様式15)

証 明 書

証明書番号Certificate No:

(申請者の氏名(法人にあっては名称))からの求めに応じ、日本国の権限ある当局たる厚生労働省は、以下の事項を確認する:

(製造業者の氏名(法人にあっては名称))

(製造業者の住所(法人にあっては主たる事務所の所在地))

は、薬事法第13条第1項の規定に基づき、

(製造業許可番号)

(製造所の名称及び所在地)

の製造所が以下の行為を行うことを許可されていること。

【生物由来医薬品等区分(施行規則第26条第1項第1号)・放射性医薬品区分(施行規則第26条第1項第2号)・無菌区分(施行規則第26条第1項第3号・第3項第1号)・一般区分(施行規則第26条第1項第4号・第3項第2号)・包装表示保管区分(施行規則第26条第1項第5号・第3項第2号)】(*)

(品目(群)の名称)

【液・半固形・固形(錠剤・カプセル・座剤・粉末・顆粒)】(*)

この製造業者に対する査察(直近の査察は / / (年月日)実施)により得られた知見から、当該製造所は、(相手国等の名称)との間の相互承認協定においてGMP要件として参照される「医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令(医薬品・医薬部外品GMP省令)」の要求事項に適合していると考えられる。

この証明書は、直近の査察の日から3年間有効である。

/ / (年月日)

厚生労働省医薬食品局(担当課(室)の名称)

課(室)長(担当課(室)長の氏名)

FAX: +81-3-3501-0034

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

Certificate No:

As requested by _____, the Ministry of Health, Labour and Welfare, as the Competent Authority of JAPAN, confirms the following:

The (name of the company), (address of the headquarters), has been authorized, in accordance to: Paragraph 1 of Article 13 of the Pharmaceutical Affairs Law (PAL), under the license number: (number of the license)

covering the following sites of manufacture:

(name of the manufacturing sites), (address)

to carry out the following operation(s):

- + manufacturing biological medicinal products for human use(*)
- + manufacturing radiological medicinal products for human use(*)
- + manufacturing sterile medicinal products for human use other than the preceding two categories(*)
- + manufacturing medicinal products for human use other than the preceding three categories(*)
- + packaging, labeling or storing only

of the following medicinal product or group of products for human use:

in the following dosage forms:

- + liquid dosage forms(*)
- + semi-solid dosage forms(*)
- + solid dosage forms—unit dose form (tablets/capsules/suppositories)(*)
- + solid dosage forms—multi dose form (powders/granules)(*)

From the knowledge gained during inspection of this manufacturer(s), the latest of which was conducted on _____ (date), it is considered that the company complies with the requirements of the Ministerial Ordinance on Standards for Manufacturing Control and Quality Control for Drugs and Quasi-drugs (Drugs/Quasi-drugs GMP Ordinance) referred to as the Good Manufacturing Practice requirements in the Agreement of Mutual Recognition between Japan and (MRA partner).

This certificate remains valid for three years from the date of the last inspection.
TOKYO, DD/MM/YY (date)

(担当課 (室) 長の氏名)
Director, (担当課 (室) の名称)
Pharmaceutical and Food Safety Bureau
as the authorized person
of the Competent Authority of JAPAN

(様式16)

殿

(申請者の氏名(法人にあっては、名称))、(申請者の住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地))によって提出された(治験薬コード)の治験届に関する
の声明を同封致します。

敬具

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課(室)長

(Form No16)

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

(日付)

(送付先担当官名)

International Affairs Staff

Office of Health Affairs

Food and Drug Administration

Rockville, Maryland 20857

U.S.A

Dear (送付先担当官の氏名) :

Please find enclosed a statement on clinical trial notifications of (治験薬コード)
submitted by (申請者の氏名 (法人にあっては、名称)) (申請者の住所 (法人に
あっては、主たる事務所の所在地))

Sincerely yours,

(担当課 (室) 長の氏名)

Director, (担当課 (室) の名称)

Pharmaceutical and Food Safety Bureau

Ministry of Health, Labour and Welfare

(様式 17)

治験届に関する声明

日本国厚生労働省は、(申請者の氏名(法人にあつては、名称))、(申請者の住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地))が日本国薬事法第80条の2第2項の規定に基づき、以下の成分を含む治験薬に関する治験計画届書を提出したこと及び当該治験薬に関する臨床試験を実施する意図があることをここに確認する。

有効成分名：

治験薬コード：

受付日：

予定効能：

日付

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課(室)長

(Form No.17)

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

Statement on Clinical Trial Notification

The Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan hereby confirms that (申請者の氏名(法人にあっては、名称)) (申請者の住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)) submitted the Clinical Trial Plan Notifications for clinical trials with an investigational new drug containing the following active ingredient and may initiate clinical trials in accordance with the provision of Paragraph 2 of Article 80-2 of the Pharmaceutical Affairs Law of Japan.

Active Ingredient: (有効成分名)

Investigational New Drug: (治験薬コード)

Date of Receipt: (受付日)

Indications Intended: (予定効能)

TOKYO, date

(担当課(室)長の氏名)

Director, (担当課(室)の名称)

Pharmaceutical and Food Safety Bureau

Ministry of Health, Labour and Welfare.

(様式18)

証 明 書

日本国厚生労働省は、以下の製造所における当該治験薬の製造が、治験薬GMP
通知の要求事項に適合することを証明します。

製造所の名称：

製造所の所在地：

物質名：

工程：

治験薬成分合成工程

製剤化工程

その他 ()

製造施設を確認した年月日：

厚薬食 第 号

平成 年 月 日

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課(室)長

(Form No.18)

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

CERTIFICATE

It is hereby certified that the following manufacturing site, in which the following product(s) is (are) produced is subject to our inspections, and the manufacturing in the site conforms to all the requirements of the GMP standards for investigational New Drugs.

Name of Manufacturing Site:

Address:

Name(s) of Substance:

Operations:

- Synthetic process
 Dosage formulation process
 Other ()

Date of Inspection:

No.

TOKYO, date

(監視指導・麻薬対策課長の氏名)

Director, Compliance and Narcotics Division
Pharmaceutical and Food Safety Bureau
Ministry of Health, Labour and Welfare

(様式19)

医薬品製剤証明書¹

本証明書は世界保健機関 (WHO) 勧告の様式に準拠したものである。(総則及び注釈を添付)。

証明書番号:

輸出国: 日本

輸入国等:

1. 製品名及び投与剤型:

1.1 有効成分² 及び単位投与剤型当たりの分量³ (賦形剤を含む全成分構成の記載が好ましい)⁴: 添付の通り

1.2 この医薬品は日本国内において製造販売が承認されていますか。⁵

はい - Aブロックへ⁶

いいえ - Bブロックへ⁶

1.3 この医薬品は日本国内において実際に製造販売されていますか。

はい いいえ 不明 (該当するものを記載する)

-Aブロック-

2A.1	製造販売承認番号 ⁷ 及び年月日: 承認番号: 年月日:
2A.2	製造販売承認保持者 (氏名及び住所): 氏名 (法人にあつては、名称): 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地):
2A.3	製造販売承認保持者の資格: ⁸ <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c (注釈8の分類に従って該当する記号を記載する)
2A.3.1	分類b及びcの場合、当該最終製品の製造業者の氏名及び住所: ⁹ 氏名 (法人にあつては、名称): 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地):
2A.4	承認審査概要が添付されていますか。 ¹⁰ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (該当するものを記載する)
2A.5	ここに添付の製品情報は、承認書に完全に従っていますか。 ¹¹ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 添付せず (該当するものを記載する)
2A.6	証明書発給申請者の氏名及び住所 (製造販売承認保持者と異なる場合) ¹² 氏名 (法人にあつては、名称): 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地):

-Bブロック-

(以下の総則、注釈は申請書への添付は不要)

総則

この様式の使用法に関する指示及びこの制度の施行についての情報は、ガイドラインを参照すること。この様式はコンピューターによる作成に適合したものである。タイプ書面にて提出すること。注釈や説明を伴うときは必要に応じて別紙を添付すること。

注釈

1. WHO勧告の様式に従った本証明書は、輸出国における当該医薬品製剤及び証明申請者の実態を確認し、証明するものであること。剤型及び力価の相違により製造体制及び承認情報は相違するので、本証明書は個々の医薬品に対するものであること。
2. 可能な限り、国際一般名称 (INNs) 又は国内の一般名称を使用すること。
3. 当該投与剤型の分量組成 (全構成成分) は証明書に記載するか、またはこれに添付すること。
4. 構成成分の量的な詳細の記載が好ましいものであること。その提示には製造販売承認保持者の同意を必要とするものであること。
5. 製造販売承認書に当該製品の販売、流通または投与に適用される規制がある場合においては、その詳細を添付すること。
6. 2 A 及び 2 B の項は、相互に排他的であること。
7. 仮承認またはまだ承認されていない場合においては、その旨を記載すること。
8. 当該医薬品の製造販売承認保持者が、次のいずれに該当するかを記載すること。
 - (a) 当該剤型を製造している
 - (b) 他の者により製造された剤型の包装又は表示を行っている
 - (c) 上記のいずれにも該当しない
9. この情報は、製造販売承認保持者の同意によってのみ提供することができること。製造販売承認されていない医薬品の場合は申請者の同意によってのみ提供することができること。この項を充たすことができないことは、関係者がこの情報を提供することに同意していないことを意味すること。製造所に関する情報は当該医薬品の許可の一部であることに留意すること。製造所が変更されたときは、その許可書は更新されるべきであり、さもなければ許可書はもはや有効ではないこと。
10. 当該医薬品が製造販売承認されている根拠を要約した行政当局作成の文書を行うものであること。
11. WHO事務総長に特別留保条件として通知した通り、証明日の時点において輸出国で使用されている添付文書を指すこと。
12. かかる状況下においては、製造販売承認保持者からの証明書発行の承諾が必要

であること。この承諾は当局に対し申請者によって提示されなければならないこと。

13. 申請者が登録を申請しなかった理由を記載すること。

- (a) 当該製品が、輸出国においては流行しておらず、特に熱帯病のような疾病の治療専用が開発されてきた場合
- (b) 当該製品が熱帯条件の下での安定性を改善するために組成を変えた場合
- (c) 当該製品が輸入国等の医薬製品に使用が認められていない添加物を除くために組成が変えられた場合
- (d) 当該製品が有効成分の異なる最大投与量に合わせるため組成が変えられた場合
- (e) その他

14. 「該当せず」とは当該製造業者が製品証明の発行国と異なった国等にあり、査察が製造国等の後援で実施されたことを意味すること。

15. 証明書において引用している「医薬品の製造管理及び品質管理に関する基準」とは、“the report of the thirty second Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparation (WHO Technical Report Series, No. 823, 1992, Annex 1)”に含まれているものをいう。特に生物製剤に適用される勧告は、“the WHO Expert Committee on Biological Standardization (WHO Technical Report Series, No. 822, 1992, Annex 1)”で成文化されていること。

16. この項は、製造販売承認保持者または申請者が上記注釈 8 で記載した(b)または(c)に該当するときに記載すること。当該製造に外国等の請負人が関与している場合は特に重要であること。かかる状況下、申請者は、最終製品に至る各製造段階に責任のある請負当事者の確認に関する情報並びにかかる当事者に対して行われた管理の内容と程度に関する情報を証明当局に提供しなければならないこと。

**MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN
2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916
Certificate of a Pharmaceutical Product ¹**

This certificate conforms to the format recommended by the World Health Organization (General instructions and explanatory notes attached).

Certificate No.:

Exporting Country : Japan

Importing Country :

1. Name and dosage form of Product :
- 1.1 Active ingredient(s) ² and amount(s) per unit dose ³ (complete quantitative composition including excipients is preferred) : See Attachments ⁴
- 1.2 Is this product licensed [approved and licensed] to be placed on the market for use in the exporting country? ⁵
 yes - See Block A ⁶
 no - See Block B ⁶
- 1.3 Is this product actually on the market in the exporting country?
 yes no unknown (key in as appropriate)

--A--

2A.1	Number of product licence ⁷ and date of issue [marketing approval number and date] : No. : Date :
2A.2	Product licence holder [marketing approval holder] (name and address) : Name : Address :
2A.3	Status of product licence holder [marketing approval holder] : ⁸ <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c (key in appropriate category as defined in note 8)
2A.3.1	For categories b and c the name and address of the manufacturer producing the dosage form are : ⁹ Name : Address :
2A.4	Is summary Basis of Approval appended? ¹⁰ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no (key in as appropriate)
2A.5	Is the attached product information complete and consonant with the licence [approval] ? ¹¹ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not provided (key in as appropriate)
2A.6	Applicant for certificate, if different from licence holder [marketing approval holder](name and address) : ¹² Name : Address :

--B--

2B.1	Applicant for certificate(name and address) : Name : Address :
2B.2	Status of applicant : <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c (key in appropriate category as defined in note 8)
2B.2.1	For categories b and c the name and address of the manufacturer producing the dosage form are : ⁹ Name : Address :
2B.3	Why is marketing authorization lacking? <input type="checkbox"/> not required <input type="checkbox"/> not requested <input type="checkbox"/> under consideration <input type="checkbox"/> refused (key in as appropriate)
2B.4	Remarks: ¹³

3. Does the certifying authority arrange for periodic inspection of the manufacturing plant in which the dosage form is produced?

yes no not applicable ¹⁴ (key in as appropriate)

If no or not applicable proceed to question 4.

3.1 Periodicity of routine inspection(years) : years

3.2 Has the manufacture of this type of dosage form been inspected?

yes no (key in as appropriate)

3.3 Do the facilities and operations conform to GMP as recommended by the World Health Organization? ¹⁵

yes no not applicable(key in as appropriate)

4. Does the information submitted by the applicant satisfy the certifying authority on all aspects of the manufacture of the product? ¹⁶

yes no (key in as appropriate)

If no, explain :

Address of certifying authority :

Pharmaceutical and Food Safety Bureau,
Ministry of Health, Labour and Welfare
2-2, Kasumigaseki 1-chome,
Chiyoda-ku
Tokyo 100-8916

Telephone :

+81-3-3595-2431

Fax :

+81-3-3597-9535

Name of authorised person:

(担当課(室)長の氏名)
Director (担当課(室)の名称)

Signature :

Stamp and Date :

General instructions

Please refer to the guidelines for full instructions on how to complete this form and information on the implementation of the Scheme.

The forms are suitable for generation by computer. They should always be submitted as hard copy, with responses printed in type rather than handwritten. Additional sheets should be appended, as necessary, to accommodate remarks and explanations.

Explanatory notes

1. This certificate, which is in the format recommended by WHO, establishes the status of the pharmaceutical product and of the applicant for the certificate in the exporting country. It is for a single product only since manufacturing arrangements and approved information for different dosage forms and different strengths can vary.
2. Use, whenever possible, International Nonproprietary Names (INNs) or national nonproprietary names.
3. The formula (complete composition) of the dosage form should be given on the certificate or be appended.
4. Details of quantitative composition are preferred, but their provision is subject to the agreement of the product licence holder [approval and manufacturing licence holder].
5. When applicable, append details of any restriction applied to the sale, distribution or administration of the product that is specified in the product licence [approval].
6. Section 2A and 2B are mutually exclusive.
7. Indicate, when applicable, if the licence [approval] is provisional, or the product has not yet been approved.
8. Specify whether the person responsible for placing the product on the market :
 - (a) manufactures the dosage forms ;
 - (b) packages and/or labels a dosage forms manufactured by an independent company ; or
 - (c) is involved in none of the above.
9. This information can be provided only with the consent of the product licence holder [approval and manufacturing licence holder] or, in the case of non registered products, the applicant.

Non completion of this section indicates that the party concerned has not agreed to inclusion of this information.

It should be noted that information concerning the site of production is part of the product licence. If the production site is changed, the licence must be updated or it will cease to be valid.
10. This refers to the document, prepared by some national regulatory authorities, that summarises the technical basis on which the product has been licensed [approved and licensed].
11. This refers to the package insert which is used in the exporting country at the date of certification, as informed to Director General of WHO as the special reservation.
12. In this circumstance, permission for issuing the certificate is required from the product licence holder [approval and manufacturing licence holder]. This permission must be provided to the authority by the applicant.
13. Please indicate the reason that the applicant has provided for not requesting registration :

- (a) the product has been developed exclusively for the treatment of conditions particularly tropical diseases not endemic in the country of export ;
 - (b) the product has been reformulated with a view to improving its stability under tropical conditions ;
 - (c) the product has been reformulated to exclude excipients not approved for use in pharmaceutical products in the country of import;
 - (d) the product has been reformulated to meet a different maximum dosage limit for an active ingredient ;
 - (e) any other reason, please specify.
14. Not applicable means that the manufacture is taking place in a country other than that issuing the product certificate and inspection is conducted under the aegis of the country of manufacture.
15. The requirements for good practices in the manufacture and quality control of drugs referred to in the certificate are those included in the report of the thirty second Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations (WHO Technical Report Series, No.823, 1992, Annex 1). Recommendations specifically applicable to biological products have been formulated by the WHO Expert Committee on Biological Standardization (WHO Technical Report Series, No.822, 1992, Annex 1).
16. This section is to be completed when the product licence holder [approval and manufacturing licence holder] or applicant conforms to status (b) or (c) as described in note 8 above. It is of particular importance when foreign contractors are involved in the manufacture of the product. In these circumstances the applicant should supply the certifying authority with information to identify the contracting parties responsible for each stage of manufacture of the finished dosage form, and the extent and nature of any controls exercised over each of these parties.

(様式 20)

証明書番号

輸出国：日本

輸入国等：

医薬品製剤承認状況陳述書¹

本陳述書は、下記製品の日本国における承認の有無を示すものである。

申請者 氏名（法人にあっては、名称）：

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）：

製品名	投与剤型	有効成分 ² 及び単位投与剤型当たりの分量	承認番号及び年月日 ³

証明当局は、申請者（若しくは製造販売承認保持者）の申請により、上記に記載の個々の製品につきWHO勧告の様式に従って、別途、完全な「医薬品製剤証明書」を発行する。

証明当局の住所： 東京都千代田区霞が関 1-2-2

証明者の名称： 厚生労働省医薬食品局（担当課（室）の名称）
課（室）長（担当課（室）長の氏名）

電話番号： +81-3-3595-2431

ファックス番号： +81-3-3597-9535

署名：

スタンプ及び日付：

本証明書はWHO勧告の様式に合致している。（総則及び注釈は別添の通りである。）

(以下の総則、注釈は申請書への添付不要)

総則

この様式の使用法に関する指示及びこの制度の施行についての情報は、ガイドラインを参照すること。この様式はコンピューターによる作成に適合したものである。タイプ書面にて提出すること。注釈や説明を伴うときは必要に応じて別紙を添付すること。

注釈

1. 本証明書は、国際入札に応札した入札の予備的適格審査をするよう要請された輸入代理人の利用に供するもので、入札条件として同代理人によって要求されるものであること。申請者（若しくは製造販売承認保持者）の申請により、証明書に記載の個々の医薬品につきWHO勧告の様式に従って「医薬品製剤証明書」が発行されるものとする。
2. 可能な限り、国際一般名称又は国内一般名称を使用すること。
3. 承認・許可が付与されていない場合には、「法律上要求されず」、「申請せず」、「審査中」、「却下された」の何れかを記入すること。

(Form No.20)

**MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE
GOVERNMENT OF JAPAN**

2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916

No. of Statement

Exporting Country: Japan

Importing Country:

Statement of Licensing [Approval and Licensing] Status of Pharmaceutical Product(s) ¹

This statement indicates only whether or not the following products are licensed [approved] to be put on the market in the exporting country.

Applicant Name:

Address:

Name of Product	Dosage form	Active ingredient(s) ² and amount(s) per unit dose	Product licence No. and date of issue ³ [Product approval No. and date of manufacturing licence]

The certifying authority undertakes to provide, at the request of the applicant (or, if different, the product licence holder [product approval and manufacturing licence holder]), a separate and complete Certificate of a Pharmaceutical Product in the format recommended by WHO, for each of the products listed above.

Address of certifying authority: Pharmaceutical and Food Safety Bureau
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan
Name of authorised person: Director, (担当課 (室) の名称) Division
2-2, Kasumigaseki 1-chome
Chiyoda-ku
Tokyo 100-8916
Telephone number: +81-3-3595-2431
Fax number: +81-3-3597-9535

Signature:

Stamp and date:

This statement conforms to the format recommended by the World Health Organization (general instructions and explanatory note attached).

General instructions

Please refer to the guidelines for full instructions on how to complete this form and information on the implementation of the Scheme. The forms are suitable for generation by computer. They should always be submitted as hard copy, with responses printed in type rather than handwritten. Additional sheets should be appended, as necessary, to accommodate remarks and explanations.

Explanatory notes

1. This statement is intended for use by importing agents who are required to screen bids made in response to an international tender and should be requested by the agent as a condition of bidding. The statement indicates that the listed products are authorised to be placed on the market for use in the exporting country. A Certificate of a Pharmaceutical Product in the format recommended by WHO will be provided, at the request of the applicant and, if different, the product licence holder [product approval and licence holder], for each of the listed products.
2. Use, whenever possible, International Nonproprietary Names (INNs) or national nonproprietary names.
3. If no product licence [product approval and manufacturing licence] has been granted, enter "not required", "not requested", "under consideration" or "refused" as appropriate.

(様式 2 1)

陳 述 書

(申請者の氏名(法人にあつては、名称))は、下記証明希望品目が日本国内で
現在販売されていることを保証するものであります。

記

品目名:

平成 年 月 日

住所:

氏名:

印

厚生労働省医薬食品局〇〇〇課(室)長 殿

(様式 22)

医薬品・医薬部外品 GMP 省令要求事項適合証明書発行の必要性等

1. 必要性

① 提出要請 (A～Dのうち該当項に○を付して下さい)

- A. 相手国等政府の要求に基づく相手国等輸入業者からの要請
- B. 相手国等政府からの要請
- C. 相手国等輸入業者からの要請
- D. その他 ()

(上記 A～Dにかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

② 提出理由 (A～Dのうち該当項に○を付して下さい)

- A. 相手国等の法規(薬事法等)に基づく提出
- B. 相手国等輸入業者との契約等に基づく提出
- C. 相手国等輸入業者への参考のため提出
- D. その他 ()

(上記 A～Dにかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

2. 用途

① 使用目的 (A～Dの該当項に○を付して下さい)

- A. 輸出時の相手国関税通過
- B. 相手国での製造や販売を行うための登録申請
- C. 相手国での製造や販売を行うための登録更新
- D. その他 ()

(上記 A～Dにかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

② 本証明書の送付先 (A～Dのうち該当項に○を付して下さい)

- A. 相手国等政府
- B. 相手国等輸入業者
- C. 相手国等輸入業者を通じて、相手国等政府
- D. その他 ()

(上記 A～Dにかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

様式 2 2 別紙

証明希望製品に係るGMP調査に関する調書

機構・都道府県()	確認年月日(平成 年 月 日現在)
---------------------------------	----------------------------

1. 製造業許可の情報

確認

1) 製造業者名:	
2) 製造所名:	
3) 所在地:	
4) 許可番号:	

2. 証明申請に係る品目の情報

1) 品目名: 輸出用医薬品等製造(輸入)届書が提出されている場合は輸出用名称を記入すること	
2) 当該製造所での製造工程: 混合・打錠・充填など 記入すること	
3) 品目の種類: [国内流通品 ・ 輸出届品]	
4) 品目の調査権者: [機構 ・ 都道府県]	

3. 当該製造所の GMP 調査情報

1) 実地調査の有無: [有 ・ 無] 実地調査を実施していれば、2)以降を記入	
2) 調査年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日	
3) 調査者: [機構 ・ 都道府県]	
4) 調査品目: [当該品・その他(調査した品目名)]	
5) 調査時の対象製造工程: 「2. 2と同工程」又は混合・打錠・充填などを記入すること	

4. GMP調査の状況

1) 証明申請に係る品目の GMP 適合性: [適合 ・ 不適合]	
2) 調査年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日 (調査予定日: 年 月 日 ~ 年 月 日)	
3) 対象工程:	
4) 報告書: [本調書に添付・後日送付・送付済み(年 月 日:)]	
5) 過去 5 年の違反歴: [有 ・ 無] 有: 年 月: [業務停止 ・ 不良品報告 ・ GMP 不適合] 年 月: [業務停止 ・ 不良品報告 ・ GMP 不適合] 違反等の詳細の別紙添付: [有 ・ 無]	
6) 備考: ・ 3. 4)がその他の時、申請品目と同等の工程と判断できるか否か などのコメントを記入すること ・ 海外当局からの指摘等の情報を把握している場合は記入すること	

調査報告書を都道府県から機構へ送付することの可否: [可 ・ 否]

- 申請者記入欄
- 調査権者記入欄
- [] 該当項目に○印

(様式23)

機器・体外診QMS省令要求事項適合証明書発行の必要性等

1. 必要性

① 提出要請 (A～Dのうち該当項に○を付して下さい)

- A. 相手国等政府の要求に基づく相手国等輸入業者からの要請
- B. 相手国等政府からの要請
- C. 相手国等輸入業者からの要請
- D. その他 ()

(上記A～Dにかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

② 提出理由 (A～Dのうち該当項に○を付して下さい)

- A. 相手国等の法規(薬事法等)に基づく提出
- B. 相手国等輸入業者との契約等に基づく提出
- C. 相手国等輸入業者への参考のため提出
- D. その他 ()

(上記A～Dにかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

2. 用途

① 使用目的 (A～Dの該当項に○を付して下さい)

- A. 輸出時の相手国関税通過
- B. 相手国での製造や販売を行うための登録申請
- C. 相手国での製造や販売を行うための登録更新
- D. その他 ()

(上記A～Dにかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

② 本証明書の送付先 (A～Dのうち該当項に○を付して下さい)

- A. 相手国等政府
- B. 相手国等輸入業者
- C. 相手国等輸入業者を通じて、相手国等政府
- D. その他 ()

(上記A～Dにかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

証明希望製品に係るQMS調査に関する調書

機構・都道府県()

確認年月日(平成 年 月 日現在)

1. 製造業許可の情報

確認

1) 製造業者名:	
2) 製造所名:	
3) 所在地:	
4) 許可番号:	

2. 証明申請に係る品目の情報

1) 品目名: 輸出用医薬品等製造(輸入)届書が提出されている場合は輸出用名称を記入すること	
2) 当該製造所での製造工程:	
3) 品目の種類: [国内流通品・輸出届品]	
4) 品目の調査権者: [機構・都道府県]	

3. 当該製造所の GMP 調査情報

1) 実地調査の有無: [有・無] 実地調査を実施していれば、2)以降を記入	
2) 調査年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日	
3) 調査者: [機構・都道府県]	
4) 調査品目: [当該品・その他(調査した品目名)]	
5) 調査時の対象製造工程:	

4. GMP調査の状況

1) 証明申請に係る品目の GMP 適合性: [適合・不適合]
2) 調査年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日 (調査予定日: 年 月 日 ~ 年 月 日)
3) 対象工程:
4) 報告書: [本調書に添付・後日送付・送付済み(年 月 日:)]
5) 過去5年の違反歴: [有・無] 有: 年 月: [業務停止・不良品報告・QMS不適合] 年 月: [業務停止・不良品報告・QMS不適合] 違反等の詳細の別紙添付: [有・無]
6) 備考: ・3. 4)がその他の時、申請品目と同等の工程と判断できるか否か などのコメントを記入すること ・海外当局からの指摘等の情報を把握している場合は記入すること

調査報告書を都道府県から機構へ送付することの可否: [可・否]



申請者記入欄



調査権者記入欄

[] 該当項目に○印

(様式 24)

治験薬 GMP 通知要求事項適合証明書発行の必要性等

1. 必要性

① 提出要請 (A～Bのうち該当項に○を付して下さい)

A. 相手国等政府からの要請

B. その他 ()

(上記 A、B にかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

2. 用途

① 使用目的 (A～Cのうち該当項に○を付して下さい)

A. 輸出時の相手国関税通過

B. 相手国で治験を行うための登録申請

C. その他 ()

(上記 A～C にかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

② 本証明書の送付先 (A～Dのうち該当項に○を付して下さい)

A. 相手国等政府

B. 相手国等輸入業者

C. 相手国等輸入業者を通じて、相手国等政府

D. その他 ()

(上記 A～D にかかる詳細: 複数に提出される場合、それぞれ箇条書きを)

様式 2 4 別紙

証明希望製品に係る治験薬GMP調査に関する調書

機構	調査権者確認年月日（平成 年 月 日現在）
----	-----------------------

1. 製造所の情報

確認

1) 製造所名:	
2) 所在地:	

2. 証明申請に係る品目の情報

1) 治験薬名:	
2) 当該製造所での製造工程: [治験薬成分製造 ・ 製剤化工程 ・ その他] (その他:)	

3. 当該製造所の適合性調査情報

1) 実地調査の有無: [有 ・ 無] 実地調査を実施していれば、2)以降を記入	
2) 実地調査年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日	
3) 調査対象治験薬名: [当該品 ・ その他 (調査した治験薬名)]	
4) 調査時の対象製造工程:	

4. 調査権者記載欄

1) 証明申請に係る品目の GMP 適合性: [適合 ・ 不適合]
2) 調査年月日: 年 月 日 ~ 年 月 日 (調査予定日: 年 月 日 ~ 年 月 日)
3) 報告書: [本調書に添付・後日送付・送付済み(年 月 日:)]
4) 過去 5 年に当該治験薬の製造工程で発生した違反等 (医薬品製造設備と共有する場合のみ確認): [有 ・ 無] 有: 年 月; [業務停止 ・ 不良品報告 ・ 回収 ・ GMP 不適合] 年 月; [業務停止 ・ 不良品報告 ・ 回収 ・ GMP 不適合] 違反等の詳細の別紙添付 [有 ・ 無]
5) 備考: ・ 未実施であれば、その調査予定日時を記入すること ・ 何も無ければ、斜線を引くこと



申請者記入欄



調査権者記入欄

[] 該当項目に○印

別記

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

特定非営利活動法人海外医療機器技術協力会

各地方厚生局

日本製薬団体連合会

日本化粧品工業連合会

日本医療機器産業連合会

(社) 日本臨床検査薬協会

欧州製薬団体連合会在日執行委員会

欧州ビジネス協会化粧品委員会

欧州ビジネス協会医療機器委員会

欧州ビジネス協会臨床検査機器・試薬(体外診断)委員会

米国研究製薬工業協会在日技術委員会

在日米国商工会議所化粧品委員会

米国医療機器・I V D小委員会

(社) 日本衛生材料工業連合会