

薬事該当性照会様式  
(健康食品)

照会年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

照会者: 氏名(法人にあつては名称) \_\_\_\_\_ (担当者 \_\_\_\_\_ )  
事業者所在地 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

下記の製品につき照会します。

1. 製品の概要

|   |  |
|---|--|
| 製品名   |  |
| 使用目的  |  |
| 含有成分、使用部位および別添「食薬区分リスト」における分類                     | 別紙のとおり   |
| 照会者が考える医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第2条の定義への該当性 | 【 <input type="checkbox"/> 】医薬品に該当する。<br>【 <input type="checkbox"/> 】上記に該当しない。 |
| 上記判断の理由   |  |

| その他参考となる資料(製品写真、製品カタログ等) | 資料番号 |
|--------------------------|------|
|                          |      |

※照会に際しての注意事項

- ・販売を行う事業者が千葉県以外の場合は、管轄する自治体にお問い合わせください。
- ・海外の資料を用意される場合、照会者において日本語に訳した資料を併せて提出してください。
- ・照会内容によっては回答に時間を要する場合がありますので、余裕をもって御相談ください。
- ・照会しようとする製品が税関に留め置きされている場合は、地方厚生局にて該当性を判断しますので、下記連絡先に御照会ください。

関東信越厚生局:048-740-0800