送付先：健康福祉部薬務課監視指導班

kusuri4@mz.pref.chiba.lg.jp

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（法人にあっては名称）　　　　　　　　 　　　　　　　（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 | 【　　】医薬品に該当する。  【　　】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