

## 別紙様式5

「ファクシミリ送信表」      ファクシミリ番号    03-3506-9442

電子メール：iyaku-kanisoudan@pmda.go.jp  
kiki-kanisoudan@pmda.go.jp

簡易相談結果要旨確認依頼書
---------------

送信日：（元号）    年    月    日

[受信者]

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

審査業務部 簡易相談予約受付担当者

簡易相談区分：後発医療用医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、防除用製品、 医療機器、医療機器認証基準該当性、体外診断用医薬品、 体外診断用医薬品認証基準該当性、新医薬品、再生医療等製品、 医薬品GCP/GLP/GPSP調査、医療機器GCP/GLP/GPSP調査、 再生医療等製品GCP/GLP/GPSP調査、GMP/QMS調査、GCTP調査
簡易相談日時：（元号）    年    月    日（    曜日）    時    分～    時    分 受付番号： 機構担当者：
会社名： 相談の出席者氏名及び所属： 本確認依頼の担当者氏名、所属及び 連絡先（電話、ファクシミリ、電子メール）：
相談結果の要旨

（注意）

- 1 「簡易相談区分」欄は、該当するものに○印を付してください。
- 2 受付番号は、「簡易相談の日時について」に記載されています。
- 3 「相談結果の要旨」欄には、相談内容の概略及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構からの回答内容を記入してください。なお、別紙として添付する場合は、1枚以内に簡潔にまとめてください。なお、「対面助言申込書（簡易相談）の「相談内容の概略」欄に簡易相談における機構からの回答を記入したものを提出することをもって代えることができます。