

（その他の安全対策に関する相談（医療機器・体外診断用医薬品））

会 社 名		担 当 者 名	
販 売 名 <sup>注)</sup>		TEL	
一 般 的 名 称 <sup>注)</sup>		FAX	
承認・認証・届出番号 <sup>注)</sup>		e-mail	

＜相談内容＞

[illegible]

面会希望日（面会を希望する場合）

第1希望：	年	月	日	AM or PM
第2希望：	年	月	日	AM or PM
第3希望：	年	月	日	AM or PM

<対応状況>

1. 相談日対応者〔 〕

・ 対応部署  
□医療機器品質管理・安全対策部医療機器安全対策課  
□安全性情報・企画管理部リスクコミュニケーション推進課医療安全情報室

・ 相談日〔 年 月 日 時 分〕

・ 対応方法〔□面会 □電話 □その他（ ）〕

2. 相談結果等

〔 〕