相談申込票
（その他の安全対策に関する相談（医薬品（体外診断用医薬品を除く））

宛先：独立行政法人医薬品医療機器総合機構　医薬品安全対策第一部、医薬品安全対策第二部　宛
〔FAX：03-3506-9441〕〔e-mail: anzen2-menkai@pmda.go.jp〕

会　　社　　名		担　当　者　名	
販　　売　　名		TEL	
一　　般　　名		FAX	
薬効分類番号等注)		e-mail	

注）記入形式：薬効分類番号（3桁）＋薬効分類名

＜相談内容＞

1. **相談事項**

□医療情報データベースを利用した調査の計画
□その他

2. **相談内容（具体的に）**

※医療情報データベースを利用した調査の計画について相談する場合には、下欄に「別添参照」と記載し、相談資料を添付してください。相談資料には、調査の概要、現時点で想定している電子化された添付文書の改訂の内容を含めてください。

＜希望事項＞

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

----　<医薬品医療機器総合機構処理欄>　　※以下の欄への記入は不要です。----

<対応状況>

1. **相談日**　　対応者〔　　〕

・対応部署
□医薬品安全対策第一部・医薬品安全対策第二部
□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
□医療情報活用部
・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**