相談申込票

(その他の安全対策に関する相談(再生医療等製品))

宛先:独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医薬品安全対策第二部 宛

[FAX: 03-3506-9441] [e-mail: anzen3-menkai@pmda.go.jp]

	(1111-00-00	(C 111a	n <u>anzeno m</u>	<u>ciikai@piiida.go.jp</u>)
会 社 名		担	当 者 名	
販 売 名 ^{注)}			TEL	
一般的名称			FAX	
承認番号		(e-mail	
注)複数の製品に関する共通した	:相談内容の場合	合は、該当する製品	品を全て記載す	·ること。
<相談内容>				
1. 相談事項				
□医療情報データベース □その他	を利用した調	査の計画		
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	て相談する場合	合には、下欄に「別添
参照」と記載し、相談資料を		- 0		E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		
<医薬品医療機器網	合機構処理構	闌> ※以下∅	D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	第二部			
□安全性情報・企同	画管理部リス	クコミュニケー	・ション推進詞	果医療安全情報室
□医療情報活用部		n-1- ^ >		
	月日		\ \ \	
・対応方法〔□面会	□電話 □ ←	の他()]	
2. 相談結果等				