様式第３３号（対面助言申込書取下願）

|  |
| --- |
| 対面助言申込書取下願 |

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 対面助言の対象 | 医薬品　 　　　医薬部外品　　　　 医療機器　 体外診断用医薬品　　　　再生医療等製品 |
| 相談区分 |  |
| 対面助言申込日 |  |
| 受付番号 |  |
| 相談予定日 |  |
| 取下げの理由 |  |
| 本申込みの担当者氏名、所属及び連絡先（電話番号、電子メールアドレス） |  |
| 備考 |  |

上記により申込みをした対面助言の取下げをお願いします。

令和 　　年　　月　　日

 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

 氏名（法人にあっては、名称並びに代表者の役職名及び氏名）

（業者コード　　　　　）

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

審査センター長殿