

様式第35号

対面助言等における関西支部テレビ会議システム利用申込書

平成 年 月 日

申込者名		
連絡先	申込責任者名	
	所属部署名	
	電話番号	() —
	ファクシミリ番号	() —
相談対象	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 体外診断用医薬品 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品	
関西支部テレビ会議システムを利用する対面助言の相談区分名		
対面助言申込書提出日		
対面助言受付番号		
治験成分記号、被験物の名称又は識別記号		
同時通訳設備の利用希望	<input type="checkbox"/> あり (外国人及び通訳者の参加会場: <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪) <input type="checkbox"/> なし	
備 考		

*大阪医薬品協会又は一般社団法人富山県薬業連合会とのテレビ会議システムの利用が可能な相談、及び相談手数料の発生しない相談では関西支部テレビ会議システムを利用することはできませんので、ご注意ください。利用対象となる相談は、「対面助言等におけるテレビ会議システム利用要綱」にて確認してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは日本工業規格A4とすること。
- 2 関西支部テレビ会議システム利用申込書記入方法は以下のとおり。
 - (1) 申込者名欄
法人にあつては名称を記入してください。
 - (2) 連絡先欄
対面助言日程調整依頼書又は対面助言申込書と同一の連絡先を記載してください。
 - (3) 相談対象欄
関西支部テレビ会議システムを利用する相談の対象について、該当する製品の区分をチェックしてください。
 - (4) 関西支部テレビ会議システムを利用する相談区分欄
関西支部テレビ会議システムを利用する相談区分の名称を記載してください。なお、大阪医薬品協会又は一般社団法人富山県薬業連合会とのテレビ会議システムの利用が可能な相談、及び相談手数料の発生しない相談では関西支部テレビ会議システムを利用することはできません。あらかじめ対面助言におけるテレビ会議システム利用実施要綱を確認してください。
 - (5) 対面助言申込日欄
関西支部テレビ会議システムを利用する対面助言の日程調整依頼書提出日又は申込日を記入してください。申込日が確定している場合には、申込日を優先してください。
 - (6) 対面助言受付番号欄
関西支部テレビ会議システムを利用する対面助言の受付番号を記入してください。不明の場合には空欄で構いません。
 - (7) 同時通訳設備の利用希望
同時通訳の設備の利用を希望する場合には、必ず「あり」をチェックしてください。また、外国人及び通訳者の参加会場は、東京又は大阪のいずれか一つになりますので、該当するものをチェックしてください。
 - (8) 備考欄
関西支部テレビ会議システムを利用する対面助言におけるPMDA関西支部会議室の利用人数を記載してください。