ＱＭＳ調査指摘事項改善計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 調査対象者の氏名（法人にあっては、名称） |  |
| 調査対象者の住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） |  |
| 調査対象施設の名称 |  |
| 調査対象施設の所在地 |  |
| 調査対象者に係る施設又は事業所の許可（登録）番号 |  |
| 調査対象品目（製品） |  |
| 改善計画 |
|  |

医薬品医療機器総合機構　医療機器品質管理・安全対策部長　殿

年 　月　 日に交付を受けたＱＭＳ調査指摘事項書（参照番号： 　　）により指摘を受けた事項については、上記改善計画に基づき速やかに改善し、その結果を報告します。

提出年月日：（年月日）

調査対象者の責任者：（所属・職名・氏名（記名押印又は署名））

（了）