**MFに関する申請窓口への問合せ票**

独立行政法人医薬品医療機器総合機構　審査マネジメント部宛

１．質問事業者の関連事項をご記入ください。　　　　　　　　日付：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の名称 |  |
|  | 業者ｺｰﾄﾞ |  |
| 所属 |  | フリガナ |  |
| 担当者名 |  |
| 電話 |  （　　　）　　　　－ ﾌｧｸｼﾐﾘ （　　　）　　　－ |

２．質問内容を具体的にお書きください。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 　　□医薬品等原薬　　□医療機器原材料　　　□添加剤　　□その他 |
| 件名 |  |
|  （書ききれない場合は、別葉にお書きください。） |
|  |