|  |  |
| --- | --- |
| 事務処理欄 | 受付番号： |

|  |
| --- |
| ○○○○の取下願（元号）　　年　　月　　日独立行政法人医薬品医療機器総合機構　理事長　殿利活用契約者所属する法人名： 　　　　　　　　　　職　　　　　名： 　　　　　　　　　　氏　　　　　名： 　　　　　　　　　（元号）　　年　　月　　日付けで提出した○○○○（受付番号：　　 ）について、取下げをお願いします。 |
| １．利活用番号 |  |
| ２．調査・研究の名称 |  |
| ３．取下げの理由 |  |
| ４．添付資料 | 取下げ対象となる書類 |
| ５．備考 |  |

【備考】

１　「○○○○」には様式名を記載すること。

２　利活用契約者が複数の場合は、連名とすること。