

(様式)

令和 年 月 日

独立行政法人医薬品医療機器総合機構
健康被害救済部 企画管理課 殿

法 人 名

代表者氏名

「令和 5、6 年度 医薬品副作用被害救済制度に係る広報業務」に関する
企画競争参加申込書

令和 年 月 日付「令和 5、6 年度 医薬品副作用被害救済制度に係る広報業務」
に関する公示を承知のうえ、企画書を添え応募いたします。

本件に係る連絡先

会 社 名 : _____

部 署 : _____

担当者名 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____

F A X : _____

E - mail : _____

プレゼンテーションの参加予定人数 _____ 人

プレゼンテーション時のプロジェクター使用： 使用する ・ 使用しない

※いずれかを○で囲んでください。