

独立行政法人医薬品医療機器総合機構  
安全部安全性情報課 (FAX : 03-3506-9441)

〔 市販後  
治 験 〕 副作用等報告担当者登録票 (新規・変更)

フリガナ <input type="checkbox"/> 企業名	
<input type="checkbox"/> 企業略名	
<input type="checkbox"/> 所在地 〒	

<input type="checkbox"/> 代表メールアドレス	
------------------------------------	--

(担当者：正)

フリガナ <input type="checkbox"/> 氏名	
<input type="checkbox"/> 所属部署名	
<input type="checkbox"/> 電話番号	
<input type="checkbox"/> FAX番号	

(担当者：副)

フリガナ <input type="checkbox"/> 氏名	
<input type="checkbox"/> 所属部署名	
<input type="checkbox"/> 電話番号	
<input type="checkbox"/> FAX番号	

備 考	
-----	--

(注意事項)

- 1 市販後・治験及び新規・変更について、該当するものを丸で囲むこと。
- 2 所在地については、市販後及び治験副作用等報告担当者の在籍する部署の住所を記入すること。
- 3 登録内容に変更があった場合は、随時、本様式により登録変更の連絡すること。  
なお、変更箇所については□にチェックすること。