

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)

企業略名申込票 (新規・変更)

申 込 年 月 日	年 月 日
フリガナ 企 業 名	
担 当 部 署 名	
担 当 者 氏 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
希 望 企 業 略 名	
備 考	

(注意事項)

- 1 新規、変更について、該当するものを丸で囲むこと。
- 2 希望企業略名については、英数半角（大文字・小文字）のみ使用すること。全角文字、特殊記号、日本語は用いないこと。
- 3 希望企業略名については、できる限り3字以上10字以内とすること。
- 4 希望企業略名に訂正が必要な場合には、上記担当者あてに追って連絡すること。
なお、上記担当者への連絡内容は本申込票に係る連絡に限る。
- 5 海外提携企業等との関係から上記条件に不都合が生じた場合は、個別に連絡すること。
- 6 備考には、変更理由等を記入すること。
なお、企業の合併等の場合には、合併前の企業名及び企業略名を参考までに記入すること。