相談申込票（その他の安全対策に関する相談）

宛先：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

□安全第一部 医療機器安全課

〔FAX: 03-3506-9543〕〔e-mail: anzen1-menkai@pmda.go.jp〕

□安全第二部〔FAX: 03-3506-9441〕〔e-mail: anzen2-menkai@pmda.go.jp〕

会　社　名		薬効分類番号等[注3)]	
販　売　名		担 当 者 名	
一 般 的 名 称[注1)]		TEL	
承認・認証・届出番号[注2)]		FAX	
一　般　名[注3)]		e-mail	

注1）医療機器及び再生医療等製品の相談の場合、御記入ください。
注2）医療機器及び再生医療等製品の相談の場合、御記入ください（再生医療等製品の場合は承認番号）。
注3）医薬品の相談の場合、御記入ください（記入形式：薬効分類番号（3桁）＋薬効分類名）。

＜相談内容＞

＜希望事項＞

面会希望日（面会を希望する場合）

第1希望：平成　　年　　月　　日　AM or PM
第2希望：平成　　年　　月　　日　AM or PM
第3希望：平成　　年　　月　　日　AM or PM

---- ＜医薬品医療機器総合機構処理欄＞　※以下の欄への記入は不要です。----

＜対応状況＞

1. 相談日　　対応者〔　　〕
・対応部署〔□安全第一部 医療機器安全課　□安全第二部〕
・相談日〔平成　　年　　月　　日　　時　　分〕
・相談方法〔□面会　□電話　□その他（　　）〕

2. 相談結果等
〔　　〕