

独立行政法人医薬品医療機器総合機構  
安全第一部安全性情報課 (FAX : 03-3506-9543)

## 企業略名申込票

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 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。
- 2 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。
- 3 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。  
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。