

独立行政法人医薬品医療機器総合機構  
安全第一部情報管理課

市販後医薬品 ・ 治験 ・ 医薬部外品/化粧品<sup>※1</sup>

副作用等報告企業および担当者登録票（新規・変更<sup>※1</sup>）

（副作用等報告企業）

<input type="checkbox"/> 送信者識別子	
フリガナ <input type="checkbox"/> 企業名	
<input type="checkbox"/> 所在地 <sup>※2</sup>	〒
<input type="checkbox"/> 代表メールアドレス <sup>※3</sup>	
<input type="checkbox"/> FAX番号 <sup>※2</sup>	

（副作用等報告担当者：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	

（副作用等報告担当者：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	

（注意事項）

- ※1 市販後医薬品・治験・医薬部外品/化粧品及び新規・変更について、該当するものを丸で囲むこと。
- ※2 副作用等報告担当者の在籍する部署の住所及びFAX番号を記入すること。
- ※3 紙報告、CD等報告又は受付サイトによる報告の場合、代表メールアドレスへACKを送信するので、ACK受信に適したメールアドレスを記載すること。
- ※4 登録内容に変更があった場合は、随時、PMDA ICSR 受付サイト又は本様式により登録変更の連絡を行うこと。本様式により変更する際は、変更箇所について□にチェックすること。