

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 ※1

副作用等報告企業および担当者登録票（新規・変更 ※1）

（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※2	〒
<input type="checkbox"/> 代表メールアドレス※3	
<input type="checkbox"/> FAX番号※2	

（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	

備考

--

（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 受付サイトによる報告、CD等報告、紙報告、又はメール報告（医薬部外品等副作用報告のみ）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。