独立行政法人医薬品医療機器総合機構

安全性情報・企画管理部 リスクコミュニケーション推進課

PMDAメディナビ登録証明書情報削除依頼書

PMDAメディナビ登録証明書情報の削除を、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 施設名 |  |
| 申請者名 |  |
| 登録証明書情報削除理由 |  |

＜削除対象の登録証明書情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 保険薬局コード（7桁）または  保険機関コード（10桁）  （数字のみご記入ください） |  |
| PMDAメディナビ  登録メールアドレス  （半角・小文字でご記入ください） |  |

（注意事項）

・削除対象の登録証明書情報について、ご不明な項目は空欄でご提出ください。

・１つの欄に複数の情報を記入された場合、再提出の対象となります。