

独立行政法人医薬品医療機器総合機構
 医療機器品質管理・安全対策部医療機器安全課
 (E-mail:device_report1@pmda.go.jp, FAX : 03-3506-9514)

送信者識別子申込票

| | | |
|-------------------------|------|-----|
| 新規・変更 (該当に○) | 新規登録 | 変更 |
| 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 | | |
| 希望送信者識別子名 ^{※1} | | |
| 備考 ^{※2} | | |

※1 希望送信者識別子については、半角英数字（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。また、できる限り3字以上とし、最大60字以内とすること。

※2 送信者識別子の変更を希望する場合、備考欄に変更理由を記載すること。

(注意事項)

希望送信者識別子に訂正が必要な場合には、PMDA より上記担当者に連絡する。希望した送信者識別子が登録された場合には、特に連絡は行わない。