

独立行政法人医薬品医療機器総合機構
 安全性情報・企画管理部情報管理課
 再生医療等製品不具合等報告担当
 (FAX : 03-3506-9543)

承 継 等 登 録 票^{※1} (承 継 ・ 合 併^{※2})

項 目		登 録 内 容
登 録 日		年 月 日
変 更 理 由		
品目 ^{※3} 変更対象	販売名 ^{※4}	
	一般的名称	
	承認・認証・届出番号	
合併前 承継元 ／	企業名	
	送信者識別子	
	承継日／合併日(予定日で可)	
承継先 ／ 合併先	企業名	
	送信者識別子	
	担当部署名	
	担当者名	
	電話番号	
	E-mail	
	F A X 番号	
備 考 ^{※5}		

(注意事項)

- ※1 関連会社等が複数存在する場合又は複数の企業が合併する場合は、変更前企業ごとに本登録票を作成すること。
- ※2 該当するものを丸で囲むこと。
- ※3 変更対象品目が複数ある場合は別添として、販売名、一般的名称及び承認番号を記載して本様式に添付して提出すること。
- ※4 承継される再生医療等製品の販売名を変更する場合は、販売名欄に新販売名及び旧販売名をわかりやすく記載すること。
- ※5 合併の場合であって、本様式提出時に合併先に記載した連絡先に連絡が取れない場合には、備考欄に連絡が取れる企業名、部署名、電話番号等を記載すること。