

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)

## 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
フリガナ 企業名		
担当部署名		
担当者氏名		
電話番号		
FAX番号		
希望送信者識別子名 <sup>※1</sup>		
備考 <sup>※2</sup>		

### (注意事項)

- ※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。
- ※3 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。