

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)

不具合等報告企業及び担当者登録票（新規・変更※1）

（不具合等報告企業）

<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	

（不具合等報告担当者：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	

（不具合等報告担当者：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	

（注意事項）

- ※1 新規・変更について、該当するものを丸で囲むこと。
- ※2 不具合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 紙報告又は受付サイトによる報告の場合、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、本様式により登録変更の連絡を行うこと。その際、変更箇所について□にチェックすること。