

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)

受付サイト利用申込票（新規・変更※¹）

送信者識別子※ ²	
申込年月日	年 月 日
接続元グローバルIPアドレス/マスク長※ ³ ※ ⁴ (複数記載可)	
フリガナ 企業名	
所在地	

システム管理責任者※⁵

フリガナ 氏名	
メールアドレス	
電話番号	
FAX番号	
受付サイトユーザ名	
受付サイトユーザID※ ⁶	

(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 送信者識別子は、別紙2「送信者識別子申込票」で申請を行った送信者識別子を記載すること
- ※³ グローバル IP アドレスによる利用者認証を希望する場合のみ記入すること。グローバル IP アドレスによる利用者認証を希望しない場合、本欄は空欄とすること。
グローバル IP アドレスの登録完了については、システム管理責任者のメールアドレス宛てに連絡する。
- ※⁴ 接続元グローバル IP アドレス/マスク長は、「999.999.999.999/99」の形式で記載すること。
マスク長の記載がない場合は、マスク長:32として扱う。
- ※⁵ システム管理責任者は1名のみ登録すること。
システム管理責任者は、企業において、受付サイト利用ユーザ登録、排他等の権限をもち、社内のセキュリティポリシーの遵守に努める者とする。
- ※⁶ 受付サイトユーザ ID は、半角英数字（大文字・小文字）のみ使用し、20文字以内とすること。