（様式）

医療機器プログラム総合相談申込書

令和　 年　 月　 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談区分 | | (1)医療機器該当性に関する相談  (2)薬事開発に関する相談  (3)医療保険に関する相談 |
| 相談申込者名  （法人にあっては法人名） | |  |
| 連　絡　先 | 担当者氏名 |  |
| 所属部署名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 他の面談出席者  （氏名・所属） | |  |
| （相談事項）  １．  ２．  ３． | | |
| 面談希望日 | |  |
| 備考 | |  |

※医療機器該当性に関する相談については、メールにて調整を行い、必要があれば面談を行うため、面談希望日の記載は行わないこと。