(Form No.16)

**MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE**

**GOVERNMENT OF JAPAN**

**2-2, KASUMIGASEKI 1-CHOME, CHIYODA-KU, TOKYO 100-8916**

（日付）

（送付先担当官名）

（担当部署名）

Food and Drug Administration

（送付先住所）

Dear（送付先担当官の氏名）：

Please find enclosed a statement on clinical trial notifications of （治験薬コード） submitted by （申請者の氏名（法人にあっては、名称））（申請者の住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地））

Sincerely yours,

（医薬品審査管理課長名）

Director, Pharmaceutical Evaluation Division

Pharmaceutical Safety Bureau

Ministry of Health, Labour and Welfare