

# 治験届及び治験副作用/不具合等報告の提出に関する問合せ票

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 審査マネジメント部 審査企画課宛

E-mail:tiken-toiawase@pmda.go.jp

FAX:03-3506-9443

1. 質問者の関連事項をご記入ください。

日付：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

質問者の分類	<input type="checkbox"/> 治験依頼者 <input type="checkbox"/> 自ら治験を実施しようとする者 <input type="checkbox"/> 治験国内管理人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
所属	
質問者名 (フリガナ)	( )
連絡先電話番号	( ) -

2. 質問内容を具体的にお書きください。

区分	<input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 機械器具等 <input type="checkbox"/> 加工細胞等	質問内容の概略	<input type="checkbox"/> 治験届 <input type="checkbox"/> 治験副作用/不具合等報告 <input type="checkbox"/> その他
治験成分記号/治験識別記号			
件名			