**MFに関する申請窓口への問合せ票**

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宛

１．質問事業者の関連事項をご記入ください。　　　　　　　　日付：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業  者の  名称 |  | | |
|  | 業者ｺｰﾄﾞ |  |
| 所属 |  | フリガナ |  |
| 担当者名 |  |
| 電話 | （　　　）　　　　－  ﾌｧｸｼﾐﾘ  （　　　）　　　－ | | |

２．質問内容を具体的にお書きください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | | □医薬品等原薬　　□医療機器原材料　　　□添加剤  　　□その他 |
| 件名 | |  |
| （書ききれない場合は、別葉にお書きください。） | | |
|  | | |