様式第３３号（対面助言申込書取下願）

Form No.33 (Request on Withdrawal of Application for Consultation)

|  |
| --- |
| 対面助言申込書取下願Request on Withdrawal of Application for Consultation |

|  |  |
| --- | --- |
| 名称Applicant name |  |
| 対面助言の対象Consultation subject | 医薬品 Drugs　 医薬部外品 Quasi-drugs 　医療機器 Medical Devices体外診断用医薬品　　　　再生医療等製品 in vitro Diagnostics Regenerative Medical Products |
| 相談区分Consultation category |  |
| 対面助言申込日Date of application for consultation |  |
| 受付番号Acceptance number |  |
| 相談予定日Scheduled date of consultation meeting |  |
| 取下げの理由Reason for withdrawal |  |
| 本申込みの担当者氏名、所属及び連絡先（電話番号、電子メールアドレス）Name, department and contact information (telephone number, facsimile number and e-mail address) of person in charge |  |
| 備考Remarks |  |

上記により申込みをした対面助言の取下げをお願いします。

I hereby request for withdrawal of application for consultation

令和 　　年　　月　　日

(Date) YYYY MM DD

 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

 Address (in the case of a company, the location of its principal office)

 氏名（法人にあっては、名称並びに代表者の役職名及び氏名）

 Applicant name (in the case of a company, company name and the position and name of the representative)

（業者コード　　　　　）

Code of marketing authorization holder

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

To: Director of Center for Product Evaluation, Pharmaceuticals and Medical Devices Agency

審査センター長殿