|  |
| --- |
| **様式第３１** Form No.31 |
| 還付金整理番号Reference No. of refund | 第　　　　　号 |  |
| **審査等手数料誤納還付請求書**Request form on Refund of the Examination Fee下記の金額の還付を請求します。I request a refund of the following amount.なお、振込に際しては、下記口座へお願いします。The bank account is as follows.令和　　年　　月　　日 (Date) YYYY 　MM DD住所又は所在地Address or location氏名又は名称Applicant name or company name代表者氏名Representative's name独立行政法人医薬品医療機器総合機構　支払命令役　殿To: Paying order of Pharmaceuticals and Medical Devices Agency記Note

|  |  |
| --- | --- |
| 還付金額Refund amount | 金　　　　　　　　　円JPY |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込金融機関Transfer financial institution | 　　　　　　　　銀　　行　　　　　　　　　本店Bank 　　　　 Head office　　　　　　　 信用金庫　　　　　　　　　支店Shinkin bank 　　　　　 Branch |
| 預金種別Type of deposit |  |
| 口座番号Account number |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義Account name |  |

 |
| （還付理由）Reason for refund |
| （手数料区分名）Category of fee（書類提出日）Date of submission1.　　　　年　　月　　日YYYY MM DD提出先：　都道府県庁・機構Submitted to: Prefectural Government / PMDA（受付番号：　　　　　）Acceptance No.　２．提出していない。Not submitted（取下げ日）Date of withdrawal　　　　　年　　月　　日YYYY MM DD | 作　　成担当者Person in charge | 連絡先　　　　　　　　課（係）Department |
| 電話番号Telephone number |
| 　　　　　　　　　　　　 |
|  |