|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 submission  1.　　　　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 |
|  |
|  | |