

独立行政法人医薬品医療機器総合機構
 医療機器安全対策・基準部医療安全情報管理課
 (E-mail:device_report1@pmda.go.jp, FAX : 03-3506-9514)

送信者識別子申込票

新規・変更 (該当に○)	新規登録	変更
申込年月日	年	月 日
フリガナ 企業名		
担当部署名		
担当者氏名		
電話番号		
FAX 番号		
希望送信者識別子名 ^{※1}		
備考 ^{※2}		

※1 希望送信者識別子については、半角英数字（大文字・小文字）のみ使用すること。全角文字、特殊記号、日本語は用いない。また、できる限り 3 字以上とし、最大 60 字以内とすること。

※2 送信者識別子の変更を希望する場合、備考欄に変更理由を記載すること。

(注意事項)

希望送信者識別子に訂正が必要な場合には、PMDA より上記担当者に連絡する。希望した送信者識別子が登録された場合には、特に連絡は行わない。