承認･許可等に係る相談申込書

平成　　年　　月　　日

会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

部署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり相談を申し込みます。

相談区分	医 薬 品　　医薬部外品　　化 粧 品　　医療機器 （該当する種類を、○で囲ってください。）
	承認申請　　許可申請　　GMP/QMS　　各種届出関係 その他（　　）（該当する種類を、○で囲ってください。）
希望日時	平成　　年　　月　　日（　　）　午前 ・ 午後　　時
相談内容（具体的に）	
処理 （記入しないで下さい）	平成　　年　　月　　日（　）　午前･午後　　時～　　時 対応者