

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