承認・許可等に係る相談申込書

令和　　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 | 令和　　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） |  令和　年　　月　　日　（　　）　　午前・午後　　　時～　　　時　　 対応者 |