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 |