革新的医薬品等開発支援事業　相談申込書

（西暦） 　　年 　月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 相談対象 | * 医薬品
* 医療機器（体外診断用医薬品を含む）
* 再生医療等製品
 |
| 申込者名（法人名） |  |
| 　連 絡 先 | 申込担当氏名 |  |
| 所属部署名 |  |
| 所在地 |  |
| メールアドレス・電話番号 |  |
| 他の面談出席者と所属部署名 |  |
| ［質問事項］（次頁の注意事項に従って記入してください。）　 表　題： １．２． |  |
| 面談希望日 |  |
| 備　　　考 |  |

（注　意）

１ 用紙の大きさは日本工業規格Ａ４とすること。

２ 記入欄に記入事項をすべて記入できない場合は、その欄に「別紙（ 　）のとおり」と記入し、別紙を添付すること。

３ 申込書の記入要領は以下のとおり。

（１）相談対象欄

　相談する品目の該当する項目にチェックしてください。

（２）申込者名欄

　法人にあっては名称を記入してください。

（３）質問事項欄

表題を付すとともに、本質問の申込に至った背景（製品概要等を含む）、予定している効能・効果（使用目的）、開発上の課題及び懸念事項を整理し、簡潔（箇条書き）に記入してください。なお、本欄に記載された事項以外の質問事項にはお答えできませんので、あらかじめご了承ください。

（４）面談希望日欄

面談を希望する日を複数記入してください。

（６）備　考

本製品に関する面談がすでに複数回実施されているときは、直近の面談日を記入してください。その他、補足等があれば記入してください。