

# 相 談 票

奈良県薬事研究センター 宛

業 者 名		相談希望日時	
担当者氏名		F A X 番号	
電 話 番 号		メールアドレス	
概 要	○相談したい内容について、概要を簡単に記載してください。		
	○承認申請予定や申請中のものであれば、その情報も記載してください。 (新規、一変の別、品目名、かぜ薬等の分類名など)		
相 談 内 容	○具体的な相談内容を記載してください。 (参考とする資料があれば、別添してください。)		
	○必要に応じて、相談に至る背景についても記載してください。		