

医薬品等承認・許可関係相談票

奈良県薬務課振興係 御中 (FAX: 0742-27-3029 / Mail: narayaku@office.pref.nara.lg.jp)

業 者 名		相 談 年 月 日	平成	年	月	日
担当者氏名		F A X 番 号				
電 話 番 号		メー ル ア ド レ ス				
相 談 概 要	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医薬部外品	<input type="checkbox"/> 化粧品	<input type="checkbox"/> 医療機器		
	<input type="checkbox"/> 製造販売業	<input type="checkbox"/> 製造業	<input type="checkbox"/> 修理業			
	製造販売承認関係					
	<input type="checkbox"/> 新規承認申請	<input type="checkbox"/> 承認事項一部変更承認申請	<input type="checkbox"/> 適合性調査申請			
	<input type="checkbox"/> 製造販売届	<input type="checkbox"/> 記載整備届	<input type="checkbox"/> 軽微変更届			
表 題	製造販売承認関係					
	<input type="checkbox"/> 新規承認申請 <input type="checkbox"/> 承認事項一部変更承認申請 <input type="checkbox"/> 適合性調査申請					
	<input type="checkbox"/> 製造販売届 <input type="checkbox"/> 記載整備届 <input type="checkbox"/> 軽微変更届					
	<input type="checkbox"/> 承継届 <input type="checkbox"/> その他 ()					
相 談 内 容 (詳 細)	許可関係					
	<input type="checkbox"/> 新規業許可申請 <input type="checkbox"/> 業許可更新申請 <input type="checkbox"/> 変更・休止・廃止届					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
薬 務 課 処 理 欄	回 答 者		回 答 年 月 日	平成	年	月 日
	回 答 内 容					

照 会	厚生労働省照会	有・無	照会年月日	・	・	回答年月日	・	・
厚労省回答者 所属・氏名								

※相談概要については該当する項目に☑を記入すること。