**製品表示　問い合わせ票**

＊　アンダーラインの箇所は、必ず御記入ください。

記入もれがある場合、回答できないことがあります。

送付年月日　令和　　年　　月　　日

送信先：FAX 03-5937-1098

東京都健康安全研究センター広域監視部　医療機器監視課

担当　：　　　　　　　　　　　　（担当がわかっている場合のみ、御記入ください。）

送付枚数　　　　　　枚（本状含む）

発信元

製造販売業の主たる機能を有する事務所の名称

製造販売業の主たる機能を有する事務所の所在地

許可番号

担当者名

電話番号

ファクシミリ

問い合わせ内容

表示見本又は原稿案等がある場合は、拡大してＦＡＸしてください。