

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

送付枚数 枚 (本状含む)

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。)

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。