

# 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 薬事監視指導課 03-5937-1043 医療機器監視課 03-5937-1098

東京都健康安全研究センター広域監視部

薬事監視指導課  医療機器監視課 (どちらかにチェックしてください)  
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。