

(記入様式(寄附金等受取))

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課 宛

FAX回答表

平成31/令和元年度から令和3年度までの3か年度において、企業ごとに、最も寄附金・契約金等(割当て)を多く受け取った年度及びその額について、以下のとおり回答する。

企業名: プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 → 受取の有無: 有り 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
 平成31/令和元年度
 令和2年度
 令和3年度
} 当該年度における受取額
 50万円以下
 50万円超～500万円以下
 500万円超

企業名: ヤンセンファーマ株式会社 → 受取の有無: 有り 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
 平成31/令和元年度
 令和2年度
 令和3年度
} 当該年度における受取額
 50万円以下
 50万円超～500万円以下
 500万円超

企業名: 小野薬品工業株式会社 → 受取の有無: 有り 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
 平成31/令和元年度
 令和2年度
 令和3年度
} 当該年度における受取額
 50万円以下
 50万円超～500万円以下
 500万円超

企業名: セルジーン株式会社 → 受取の有無: 有り 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
 平成31/令和元年度
 令和2年度
 令和3年度
} 当該年度における受取額
 50万円以下
 50万円超～500万円以下
 500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: 有り 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
 平成31/令和元年度
 令和2年度
 令和3年度
} 当該年度における受取額
 50万円以下
 50万円超～500万円以下
 500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: 有り 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
 平成31/令和元年度
 令和2年度
 令和3年度
} 当該年度における受取額
 50万円以下
 50万円超～500万円以下
 500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: 有り 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
 平成31/令和元年度
 令和2年度
 令和3年度
} 当該年度における受取額
 50万円以下
 50万円超～500万円以下
 500万円超

令和 3年 9月 27日

現 職 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 講師

氏 名 入山高行

(宛先)

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課
電話 03(5253)1111(内線2754)
03(3595)2435(直通)

(記入様式(寄附金等受取))

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策 御中

FAX回答表

平成31/令和元年度から令和3年度までの3か年度において、企業ごとに、最も寄附金・契約金等(割当て)を多く受け取った年度及びその額について、以下のとおり回答する。

企業名: プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: ヤンセンファーマ株式会社 → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: 小野薬品工業株式会社 → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: セルジーン株式会社 → 受取の有無:	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input checked="" type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input checked="" type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	

令和 3 年 9 月 23 日

現 職 一般社団法人北海道薬剤師会 相談センター 業務処理責任者

氏 名 遠藤 一司

(宛先)

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課
電話 03(5253)1111(内線2754)
03(3595)2435(直通)

(記入様式(寄附金等受取))

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課 宛

FAX回答表

平成31/令和元年度から令和3年度までの3か年度において、企業ごとに、最も寄附金・契約金等(割当て)を多く受け取った年度及びその額について、以下のとおり回答する。

企業名: プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 → 受取の有無: 有り 無し

受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度

平成31/令和元年度

令和2年度

令和3年度

当該年度における受取額

50万円以下

50万円超～500万円以下

500万円超

企業名: ヤンセンファーマ株式会社 → 受取の有無: 有り 無し

受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度

平成31/令和元年度

令和2年度

令和3年度

当該年度における受取額

50万円以下

50万円超～500万円以下

500万円超

企業名: 小野薬品工業株式会社 → 受取の有無: 有り 無し

受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度

平成31/令和元年度

令和2年度

令和3年度

当該年度における受取額

50万円以下

50万円超～500万円以下

500万円超

企業名: セルジーン株式会社 → 受取の有無: 有り 無し

受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度

平成31/令和元年度

令和2年度

令和3年度

当該年度における受取額

50万円以下

50万円超～500万円以下

500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: 有り 無し

受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度

平成31/令和元年度

令和2年度

令和3年度

当該年度における受取額

50万円以下

50万円超～500万円以下

500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: 有り 無し

受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度

平成31/令和元年度

令和2年度

令和3年度

当該年度における受取額

50万円以下

50万円超～500万円以下

500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: 有り 無し

受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度

平成31/令和元年度

令和2年度

令和3年度

当該年度における受取額

50万円以下

50万円超～500万円以下

500万円超

令和3年9月24日

現職 徳島県立中央病院血液内科・医療局次長

氏名 尾崎修治

(宛先)

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
 厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課
 電話 03(5253)1111(内線2754)
 03(3595)2435(直通)

(記入様式(寄附金等受取))

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課 宛

FAX回答表

平成31/令和元年度から令和3年度までの3が年度において、企業ごとに、最も寄附金・契約金等(割当て)を多く受け取った年度及びその額について、以下のとおり回答する。

企業名: <u>プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額 <input type="checkbox"/> 50万円以下 <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 <input type="checkbox"/> 500万円超
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度	
<input type="checkbox"/> 令和2年度 <input type="checkbox"/> 令和3年度	
企業名: <u>ヤンセンファーマ株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額 <input type="checkbox"/> 50万円以下 <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 <input type="checkbox"/> 500万円超
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度	
<input type="checkbox"/> 令和2年度 <input type="checkbox"/> 令和3年度	
企業名: <u>小野薬品工業株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額 <input type="checkbox"/> 50万円以下 <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 <input type="checkbox"/> 500万円超
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度	
<input type="checkbox"/> 令和2年度 <input type="checkbox"/> 令和3年度	
企業名: <u>セルジーン株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額 <input type="checkbox"/> 50万円以下 <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 <input type="checkbox"/> 500万円超
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度	
<input type="checkbox"/> 令和2年度 <input type="checkbox"/> 令和3年度	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額 <input type="checkbox"/> 50万円以下 <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 <input type="checkbox"/> 500万円超
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度	
<input type="checkbox"/> 令和2年度 <input type="checkbox"/> 令和3年度	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額 <input type="checkbox"/> 50万円以下 <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 <input type="checkbox"/> 500万円超
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度	
<input type="checkbox"/> 令和2年度 <input type="checkbox"/> 令和3年度	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額 <input type="checkbox"/> 50万円以下 <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 <input type="checkbox"/> 500万円超
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度	
<input type="checkbox"/> 令和2年度 <input type="checkbox"/> 令和3年度	

令和 3年 9月 24日

現 職 特定非営利活動法人日本医薬品安全性研究ユニット理事長

氏 名 久保田 潔

(宛先)

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課
電話 03(5253)1111(内線2754)
03(3595)2435(直通)

(記入様式(寄附金等受取))

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課 宛

FAX回答表

平成31/令和元年度から令和3年度までの3か年度において、企業ごとに、最も寄附金・契約金等(割当て)を多く受け取った年度及びその額について、以下のとおり回答する。

企業名: <u>プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: <u>ヤンセンファーマ株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: <u>小野薬品工業株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: <u>セルジーン株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	}	当該年度における受取額
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	

令和 3 年 9 月 27 日

現 職 国立がん研究センター生命倫理部COI管理室・室長

氏 名 中田はる佳

(宛先)

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課
電話 03(5253)1111(内線2754)
03(3595)2435(直通)

(記入様式(寄附金等受取))

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課 宛

FAX回答表

平成31/令和元年度から令和3年度までの3か年度において、企業ごとに、最も寄附金・契約金等(割当て)を多く受け取った年度及びその額について、以下のとおり回答する。

企業名: <u>プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し	
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額	
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: <u>ヤンセンファーマ株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し	
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額	
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: <u>小野薬品工業株式会社</u> → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し	
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額	
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: <u>セルジーン株式会社</u> → 受取の有無:	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額	
<input checked="" type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input checked="" type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額	
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額	
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	
企業名: _____ → 受取の有無:	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度	} 当該年度における受取額	
<input type="checkbox"/> 平成31/令和元年度		<input type="checkbox"/> 50万円以下
<input type="checkbox"/> 令和2年度		<input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下
<input type="checkbox"/> 令和3年度	<input type="checkbox"/> 500万円超	

令和3年9月24日

現職 虎の門病院 薬事専門役

氏名 林 昌洋

(宛先)

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課
電話 03(5253)1111(内線2754)
03(3595)2435(直通)

(記入様式(寄附金等受取))

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課 宛

FAX回答表

平成31/令和元年度から令和3年度までの3か年度において、企業ごとに、最も寄附金・契約金等(割当て)を多く受け取った年度及びその額について、以下のとおり回答する。

企業名: プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 → 受取の有無: []有り [x]無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
[]平成31/令和元年度
[]令和2年度
[]令和3年度
当該年度における受取額
[]50万円以下
[]50万円超~500万円以下
[]500万円超

企業名: ヤンセンファーマ株式会社 → 受取の有無: []有り [x]無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
[]平成31/令和元年度
[]令和2年度
[]令和3年度
当該年度における受取額
[]50万円以下
[]50万円超~500万円以下
[]500万円超

企業名: 小野薬品工業株式会社 → 受取の有無: []有り [x]無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
[]平成31/令和元年度
[]令和2年度
[]令和3年度
当該年度における受取額
[]50万円以下
[]50万円超~500万円以下
[]500万円超

企業名: セルジーン株式会社 → 受取の有無: []有り [x]無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
[]平成31/令和元年度
[]令和2年度
[]令和3年度
当該年度における受取額
[]50万円以下
[]50万円超~500万円以下
[]500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: []有り []無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
[]平成31/令和元年度
[]令和2年度
[]令和3年度
当該年度における受取額
[]50万円以下
[]50万円超~500万円以下
[]500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: []有り []無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
[]平成31/令和元年度
[]令和2年度
[]令和3年度
当該年度における受取額
[]50万円以下
[]50万円超~500万円以下
[]500万円超

企業名: _____ → 受取の有無: []有り []無し
受取有りの場合、最も多い寄附金・契約金等を受け取った年度
[]平成31/令和元年度
[]令和2年度
[]令和3年度
当該年度における受取額
[]50万円以下
[]50万円超~500万円以下
[]500万円超

令和3年9月26日
現職 早稲田大学法学学院教授

氏名 山口 春昭

(宛先)
〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省 医薬・生活衛生局 医薬安全対策課
電話 03(5253)1111(内線2754)
03(3595)2435(直通)