

事前相談申込書

厚生労働省医薬食品局審査管理課
ニーズ選定業務担当者 宛

要望学会名	相談者名(出席者名及びご所属)
連絡先電話番号・FAX 番号・E-mail Tel: () - Fax: () - E-mail:	希望相談日 第1希望:平成 年 月 日 午前・午後 第2希望:平成 年 月 日 午前・午後 第3希望:平成 年 月 日 午前・午後
要望品目の名称	
関連する企業	
対象疾患及び使用目的	
要望品目の概要	
欧米での承認状況	欧州: 承認 ・ 未承認 <使用目的> 米国: 承認 ・ 未承認 <使用目的>
要望品目の主な臨床試験成績に関する情報	(国内・海外問わず)臨床試験 あり ・ なし 主な臨床試験の結果概要(上限3つまで)
国内での開発状況	

(注) 1. 相談事項は、具体的にかつ簡潔に記入すること。 2. 様式は A4 判とすること。

※必ずしも、希望相談日に相談を実施できるものではないことに留意すること。