

希少疾病用医薬品等指定相談申込書

厚生労働省医薬食品局審査管理課

オーファン指定業務担当者 宛

会社名	相談者名（出席者名及び所属部署）
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
指定候補物質名	
予定される効能・効果	
相談事項	

- (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。