

様式第15号

ベンチャー企業支援相談申込書

処 理 欄

相 談 区 分	
相 談 品 目	
相 談 日	
相 談 内 容	
関連する相談内容についての 過去の対面助言	
本申込みの担当者氏名、所属及 び連絡先(電話、ファクシミリ)	
備 考	

上記によりベンチャー企業支援相談を申し込みます。

平成 年 月 日

住 所 (主たる事務所の所在地)

氏 名 (名称及び代表者の氏名) 印

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

審査センター長

殿

(注意)

1 用紙の大きさは日本工業規格A4とすること。

2 記入要領は以下のとおり。

(1) 相談区分欄

該当する相談区分を記載してください。

(2) 相談品目欄

主たる成分等の開発中の品目が分かるように記載してください。

(3) 相談日欄

相談を実施する日時を記載してください

(4) 相談内容欄

相談内容について、簡潔に記載してください。

相談内容に関して必要があれば、相談品目の概要(簡潔なもの)を添付してください。

ベンチャー企業支援相談申込書取下願

処 理 欄

相 談 品 目	
相 談 区 分	
相 談 申 込 日	
受 付 番 号	
相 談 日	
取下げの理由	
本申込みの担当者氏名、所属及び連絡先(電話、ファクシミリ)	
備 考	

上記により申込みをしたベンチャー企業支援相談の取下げをお願いします。

平成 年 月 日

住 所 (主たる事務所の所在地)

氏 名 (名称及び代表者の氏名) 印

独立行政法人医薬品医療機器総合機構
審査センター長 殿

(注意)

相談料誤納還付請求書も併せて提出すること。

様式第2

還付金整理番号	第	号
---------	---	---

相談料誤納還付請求書

下記の金額の還付を請求します。
 なお、振込に際しては、下記口座へお願いします。

平成 年 月 日

住所又は所在地
 氏名又は名称
 代表者氏名

印

独立行政法人

医薬品医療機器総合機構 支払命令役 殿

記

還付金額	金	円
------	---	---

振込金融機関	銀行 信用金庫	本店 支店
預金種別		
口座番号		
ふりがな		
口座名義		

(還付理由)

作成 担当者	連絡先	課(係)
	電話番号	