

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

次世代医療産業集積プロジェクト

**薬事申請相談・連絡票**

宛先 医療関連産業集積推進室 行き

(FAX 024-521-7932 E-mail medical-unit@pref.fukushima.lg.jp)

(会社名)	
(住所)	
(部署名)	
(担当者名) (電話) (FAX)	
(担当者 E-mail)	
相談件名	
相談内容 (必要に応じ 資料を添付し てください)。	◇
※ 検討結果 (記入しないでください)	