

医薬品医療機器等法の広告規制に関する事前相談申込書

申込年月日		年 月 日
申込者 ※1	住所	
	氏名	
	連絡先	TEL メール 事業所・部署名 担当者氏名
回答希望日 ※2		年 月 日
広告媒体		チラシ・テレビ・ラジオ・その他（ ）
商品分類		医薬品・医薬部外品・医療機器・化粧品・食品・その他
広告内容 ※3		別添電子データのとおり・下記のとおり・別紙のとおり
回答方法の希望 ※4		電子メール・FAX・郵送・来庁 あて先：

※1 法人にあつては事務所所在地、名称及び代表者氏名、事業所・部署名、担当者氏名を記入してください。

※2 申込年月日より2週間以上期間を設けてください。

※3 医薬品、医療機器等の場合は添付文書の写しを必ず添付してください。

※4 誤認を防ぐため、電話など口頭での回答は行っておりません。

郵送での回答を希望する場合は、切手を貼付した返信用封筒を提出してください。