**事前相談申込書**

厚生労働省医薬局医療機器審査管理課

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。