**共用原薬GMP確認依頼書**

西暦　　　　　　年　　月　　日

**NPO-QAセンター共用原薬GMP確認渉外担当者宛（Fax.０６－６９１０－１４５６）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 社　名 |  | 代表者名： |
| ご 住 所 | 〒 | |
| 担当者名 |  | ＴＥＬ  ＦＡＸ  Ｅｍａｉｌ |
| 部署・役職 |  |
|  | |  | | --- | | **●原薬および原薬製造所に関する事項**   1. 原薬名（和名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　（英語名）： 2. 原薬製造業者名：   住所：   1. 原薬製造事業所名（訪問先）   住所：   1. 当該事業所の訪問経験（有、無） 2. それはいつ頃ですか、貴社からも同行しましたか。 3. その他特記事項   **●輸入業者に関する事項**   1. 輸入業者名： 2. 住所： 3. 担当者： 4. 担当者の電話番号： 5. 担当者のファクス番号： 6. 担当者のEメール：   ●**NPO-QAセンターとの関係**  会員ですか、そうではありませんか。  NPO-QAセンターに関する情報を何で知りましたか。    詳細は「ＮＰＯ－ＱＡセンター渉外担当者」が事前に協議致します。  事前協議→　□ ＮＰＯ－ＱＡｾﾝﾀｰ渉外担当者が御社指定場所に赴く  □ 御社担当者様がＮＰＯ－ＱＡセンター事務所に赴く  □ Ｅmail、TEL等の電信で行う  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□にチェック願います | | |