**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 |

 |