（別添回答様式）

平成　　年　　月　　日

回答郵送先：〒163-8001　東京都新宿区西新宿２丁目８番１号

東京都庁第一本庁舎２１階北側

東京都福祉保健局健康安全部薬務課承認審査担当　宛

**医薬品の製造販売承認書と製造実態の整合性に係る点検結果**

|  |  |
| --- | --- |
| 製造販売業者名称 |  |
| 担当者連絡先（ＴＥＬ） |  |
| 担当者所属・氏名 |  |

以下の点検の実施状況について、該当する内容に○を付けて回答してください。

なお、回答期限日までに完了しない場合には、完了見込日を記入してください。

1. 東京都知事承認品目について、点検をしましたか。

・完了　（結果：　承認書と相違なし　・　承認書と相違あり（品目数：　　品目））

・点検中（完了見込日　　　　　　　　　）

・対象品目なし

・相談が必要

1. ①において「承認書と相違あり」あるいは「相談が必要」と回答した場合、以下に具体的内容を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

回答期限：平成２８年９月３０日