

様式第34号（還付請求書）

還付金整理番号	第	号
---------	---	---

医薬品等審査等手数料還付請求書

下記の金額の還付を請求します。
なお、振込みに際しては、下記口座へお願いします。

平成 年 月 日

住所又は所在地
氏名又は名称
代表者氏名

印

独立行政法人医薬品医療機器総合機構支払命令役 殿

記

還付金額	金	円
------	---	---

振込金融機関	銀行 信用金庫	本店 支店
預金種別		
口座番号		
ふりがな		
口座名義		

(還付理由)

作成担当者	連絡先	課（係）
	電話番号	
	印	

※「(還付理由)」欄の記載例：
平成〇年〇月〇日当社より申込みをした受付番号〇〇〇の医薬品、医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品又は医薬部外品の対面助言（相談区分：〇〇〇）を、〇〇〇の理由で平成〇年〇月〇日に取り下げたため。