事前相談申請書

一般社団法人　日本眼科医療機器協会

コンプライアンス委員会御中　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社名：

　　　　　　　　　　　　 担当部門責任者（役職・氏名）：

　　　　　　　　　　　 問い合わせ窓口 (部署名・氏名)：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 事前相談の名称（簡潔にお書き下さい） |
| ２ | 提供しようとしている事業者名、景品類の企画名、提供される相手方、実施時期、実施地域、日程、参加予定者数、提供の規模、提供方法、その他関連する必要と思われる事項を分かる範囲で簡潔にご記入下さい。 |
| ３ | 事例研究としての公開の可否　　　　　可　□　　　否　□ |
| ４ | その他 |