令和　　年　　月　　日

新規薬品宣伝許可願い

近畿大学病院

薬剤部長殿

下記の薬品について宣伝許可をご承認ください

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |   |
| 担当MR名 |   |
| 担当者連絡先 |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商品名 |   | 規格・単位 |   |
| 薬価 |  　　　　　　　　　　　[ ] 現時点で未定 |
| 一般名 |   | 薬価収載日 | 　令和　年　月　日　　[ ] 現時点で未定（[ ] 　見込み　⇒　　令和　年　月　日頃）　 |
| 発売日 | 　令和　年　月　日　　[ ] 現時点で未定（[ ] 　見込み　⇒　　令和　年　月　日頃）　 |
| 特定使用成績調査　　[ ] 有・[ ] 無　　使用成績調査　[ ] 有・[ ] 無　（[ ] 全例調査）　市販直後調査　　[ ] 有・[ ] 無 |

|  |
| --- |
| 宣伝理由  |
| 宣伝希望する主な診療科  |
| 薬効及び特徴（効能効果、用法用量の他、他剤との比較も含めて詳細に記載願います）  |
| 同種同効薬（商品名）  |

薬剤部記入欄　※以下の欄には記入しないでください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 結果 | [ ] 　承認[ ] 　不承認[ ] 　保留 | 不承認・保留理由・その他 | 令和　　年月　　　日 | 印 |

　近畿大学病院　薬剤部（令和3年4月改訂）