

新薬ヒアリング申請書

都立多摩総合医療センター 薬事委員会事務局 宛

申請年月日

会社名

連絡先 住所

電話番号

電子メール

担当者名

印

下記の医薬品について、院内ヒアリングの実施を申請いたします。

1. 医薬品名(商品名) _____
2. 規格・剤形・薬価 _____
3. 一般名 _____
4. 製造販売元(申請会社と異なる場合のみ記入) _____
5. 保険適応の有無 _____ 薬価基準収載日 _____ 発売日 _____
6. 薬剤の特徴(簡潔に) _____
7. 希望実施日(複数候補を挙げて下さい)
① AM PM ④ AM PM
② AM PM ⑤ AM PM
③ AM PM ☐ 事務局に一任します

薬剤科 新薬ヒアリングの実施申し込みにあたって

- ① 薬剤科でのヒアリングを経していない薬品の院内での広報活動は禁止とさせていただきます。
- ② ヒアリング実施日は、原則販売開始後とします。
- ③ 実施時期については、希望に添えない場合があります。(この場合、別途ご相談となります)
- ④ 内容によっては、ヒアリングをお受けできない場合もございます。
- ⑤ ヒアリングによって決定した事項(広報活動の可否・活動範囲(診療科・医師名等))については、お守り頂きます。
- ⑥ ヒアリングの結果、残念ながらご希望に添えない場合もあります。
- ⑦ 上記事項をお守りいただけない場合、院内での情報提供活動を制限させて頂く場合があります。

※ 薬剤科使用欄

薬剤科交付	薬剤科受領	実施日時	実施結果	承認 (薬剤科長)
		年 月 日 : ~ :	広報活動 : 許可 ・ 不許可 特記事項等: _____ _____	