**熊本大学病院薬剤部　医薬品情報提供許可申請書**

＜注意＞

・ヒアリング希望日は申込日の翌週以降でお願いします。

・Web会議システムは当院発行のZOOMを使用させていただきます（都合により使用不可の場合はお知らせください）。

・都合により日程を再調整させていただく場合もございます。

【対象医薬品】

下記の①～③に該当する医薬品を対象とします。

①採用区分を問わず使用する可能性がある医薬品

②製造承認取得後かつ近日中の薬価収載・販売が見込まれる医薬品

③効能・効果追加等により、特殊条件（処方医師の登録、流通制限 、全例調査など）が付与された医薬品

※上記以外にも必要性が高いと判断した医薬品については、こちらから依頼することがあります。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請項目 | 申請内容 |
| 医薬品名（製品名）・規格 |  |
| 会社名 |  |
| 担当者①（氏名） |  |
| 担当者①（電話番号） |  |
| 担当者①（メールアドレス） |  |
| 担当者②（氏名） |  |
| 担当者②（電話番号） |  |
| 担当者③（メールアドレス） |  |
| 発売日・薬価収載状況 |  |
| ヒアリング希望日時（第一希望） | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　） |
| ヒアリング希望日時（第一希望） | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　） |
| ヒアリング希望日時（第一希望） | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 製品特性（簡潔に記載してください） |  |