|  |
| --- |
| 医薬品情報管理室押印欄 |
| 宣伝許可 | 結果確認 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医薬品情報管理主任 | 副薬剤部長 | 副薬剤部長 | 副薬剤部長 | 薬剤部長 |
|  |  |  |  |  |

医薬品宣伝許可依頼書

大分大学医学部附属病院

薬剤部長　殿

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　会社名：

担当者名：　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　）

下記の医薬品に関し、宣伝許可を依頼します。

記

1. 医薬品名：
2. 剤形：
3. 規格：
4. 薬価基準価格（薬価収載品のみ記載）：
5. 発売日（予定）：
6. 効能又は効果：
7. 従来品：
8. 申請理由（薬剤の新規性、従来品との違いなど新規採用の意義）
9. 併売メーカー　　有（　　　　　　　　　　）　・　無
10. 薬剤部長への案内　　　（　　　年　　　月　　　日）