医薬品宣伝活動許可申請書

　　　年　　　月　　　日

社会医療法人恵和会

恵庭第一病院　薬局長　様

製薬会社名

担当者氏名

下記の医薬品について、宣伝活動の許可を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 販売名 |  |
| 一般名 |  |
| 薬価収載日 | 年　　　月　　　日　　（薬価　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 発売年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 他社併売品 | （製薬会社名　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬価算定時の  補正加算 | □無　　□画期性加算（　　　％）　　□有用性加算（Ⅰ・Ⅱ　　　％）  □市場性加算（Ⅰ・Ⅱ　　　　％）　　□小児加算（　　　％） |
| 理由 |
|  |
| 宣伝理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※申請者は必要事項を記入し、医薬品添付文書及び製品情報概要を添付のうえ、薬局長へ提出してください。

|  |
| --- |
| 年 月 日  上記の申請について、医薬品宣伝活動を許可(　します　･　しません　)。  　（特記事項）  薬局長 |