

新規再生医療等製品購入願

※申請にあたっては、「長崎大学病院における採用医薬品分類と再生医療等製品の取扱い方法」を参照のこと

申請者名(助教以上) **長崎 太郎** 印

※申請者には、薬事審議委員会にて使用目的等説明していただきます。

品名 **〇〇注**
 一般的名称 **△△幹細胞**
 形状、構造、成分、分量または本質 **△△幹細胞 1×10⁶個/バッグ**
 保険償還価格 **□□/バッグ** (**医薬品**)・医療機器
 会社名(製造・輸入) **◇◇株式会社** (販売) **◇◇株式会社**
 月間使用見込数量 **10 バッグ**

保険償還価格がどちらの算定方式であるかを中医協資料等で確認の上記載してください(資料も添付してください)。

月間での数量が困難であれば年間でも良い。ただし年間数量であることが分かるように記載。
例) 10 バッグ/年

使用目的 (特徴および理由)

・採用申請製品の特徴

製品の特徴や他剤との比較、および当院で必要な理由を記載(箇条書きにしない)。
配送方法、保管方法等が特殊な場合はその概要も記載してください。

・申請理由

具体的にどのような症例に使用予定かを記載してください。

臓器別診療科名を記載してください。

西暦 **20●●年 ▲▲月 ■■日**

診療科名 **●●●科**
科長名 **長崎 一郎** 印
医局長名 **長崎 次郎** 印

備考 (市販直後調査(期間)、全例調査(事前登録の必要性についても記載)、承認条件等がある場合、記載して下さい。)

- ・全例調査 (事前登録要・不要。20XX年XX月XX日～20XX年XX月XX日)
- ・市販直後調査(20XX年XX月XX日～20XX年XX月XX日)

必ず記入すること。
該当しない場合には「なし」と記載する。
また、購入時に制限がある場合は簡潔に制限の内容を記載してください。