受付番号（　　）

（様式１）

令和　　年　　月　　日

医薬品に関する情報活動申請書

独立行政法人労働者健康安全機構
　山陰労災病院　薬剤部長　　殿

会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※自筆署名もしくは記名押印のこと

連絡先（電話）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（Mail）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記医薬品について貴院における情報活動の許可を願いたく申請いたします。

医薬品名		一般名	
剤型		薬価	
薬価収載日		発売日	□発売済　　年　　月　　日 □発売予定　　年　　月　　日
効能効果			
特徴 （既存薬との比較）			
提出資料 （各１部）	□添付文書　□インタビューフォーム　□総合製品情報概要　□使用上の注意の解説 □RMP 資材（医療従事者向け・患者向け）□医薬品承認審査報告書　□製剤見本 □その他（　　）※ただし、提出可能な資料に限る。		

通知	通知日：令和　　年　　月　　日 □許　可 □保　留（理由：　　） □不許可（理由：　　）	薬剤部長印