平成２９年　　　月　　　日

**【FAX送付先】０３－３５０７－９０４１**

**厚生労働省医政局経済課薬価係**

**医薬品・医療機器等の保険適用に関する相談会**

**申　込　用　紙**

医薬品　　　・　　　医療機器　・　　　再生医療等製品※1

（該当するものに○をつけてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 相談場所 | （医薬品）　大阪〈10月31日（火）〉　・兵庫〈9月11日（月）〉　・福岡〈10月13日（金）〉　・富山〈10月27日（金）〉  （医療機器）　大阪〈10月31日（火）〉　・兵庫〈9月11日（月）〉　・大分〈 9月 1日（金）〉　・広島〈 9月12日（火）〉  ※１再生医療等製品は、ご相談いただく製品によって医薬品・医療機器のどちらかに振り分けさせていただきます。  （該当するものに○をつけてください。） |
| 希望時間 | □10:00～　□10:30～　□11:00～　□11:30～　（広島・富山会場を希望される方はこの時間での相談はできません。）  □13:30～　□14:00～　□14:30～　□15:00～　□15:30～　□16:00～　□16:30～  ※ご希望の時間にチェックしてください。（１社最大３０分を目安とさせていただきます。）  （ご希望時間は幅広にご登録ください。） |
| 勤務先・所属機関 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 申込代表者  ふりがな  氏　　　名  （部署・役職）  電話番号  ＦＡＸ番号  E-mail | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉 |
| 相談出席者１・氏名  （部署・役職） |  |
| 相談出席者２・氏名  （部署・役職） |  |
| 相談出席者３・氏名  （部署・役職） |  |

※１回の面談につき出席者３名までの登録としてください。

別紙の様式に相談内容を簡潔かつ具体的に記載し、申込書と一緒にご登録ください。

〈別紙〉

**〈相談内容（医薬品又は再生医療等製品）〉**

以下の点を参考に相談内容を簡潔かつ具体的に記載してください。

・薬事承認の状況について記載ください。

〈例〉平成○年○月　薬事申請予定、申請中、申請区分など

・保険収載されているもので類似医薬品はあるか。

・製品の概要について記載ください。（再生医療等製品の場合は、製品概要を参考に今回の相談が医薬品、医療機器のどちらになるか判断させていただきます。）

・書ききれない場合は任意の様式でも構いません。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**〈相談内容（医療機器又は再生医療等製品）〉**

以下の点を参考に相談内容を簡潔かつ具体的に記載してください。

・薬事状況について記載ください。

〈例〉平成○年○月　薬事申請予定、申請中など。クラス分類と届出/認証/承認に○をして下さい。

・保険について（既に類似製品がある場合）

〈例〉特定保険医療材料は何か（例：110　植込型輸液ポンプ）

〈例〉関連手技は何か（例：K190-3　重傷痙性麻痺治療薬随腔内持続注入植込型ポンプ設置術）

・製品の概要について記載ください。（再生医療等製品の場合は、製品概要を参考に今回の相談が医薬品、医療機器のどちらになるか判断させていただきます。）

・書ききれない場合は任意の様式でも構いません。

|  |
| --- |
| 製品名： |
| 薬事状況： |
| ：クラス分類：　クラス　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　　　　薬事申請：　届出　・　認証　・　承認 |
| 特定保険医療材料　： |
| 関連手技　： |
| 製品概要： |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |