様式２－２

**体外診断用医薬品先駆け審査指定制度対象品目指定申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者名 | | |  |
| 承認番号※１ | | |  |
| 名称 | 一般的名称※２ | |  |
| 販売名※３ | |  |
| 予定される使用目的※４ | | |  |
| 形状、構造及び原理 | | |  |
| 反応系に関与する成分 | | |  |
| 予定される使用方法※５ | | |  |
| 指定基準への該当性※６ | | |  |
| 指定基準１ | | 診断法の画期性 |  |
| 指定基準２ | | 対象疾患の重篤性 |  |
| 指定基準３ | | 対象疾患に係る著明な有効性 |  |
| 指定基準４ | | 世界に先駆けて日本で早期開発・申請する意思 |  |
| 担当者連絡先 | | 氏名 |  |
| 部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 特記事項 | | |  |

上記により、先駆け審査の指定を申請します。

平成27年○月○日

住所　　　法人にあっては主たる事務所の所在地

氏名　　　法人にあっては名称及び代表者の氏名　　　　印

厚生労働大臣　殿

注：※１～※６までは可能な限り、A4一枚に収まるように記載する。ただし、本様式に収まらない場合については、別紙に添付する旨を記載した上で、指定した別紙にて記載することで可。

※１：既に承認を取得している場合に記載、未承認の場合には「－」と記載。

※２：一般的名称が決まっていない場合には「開発成分記号等」を記載。

※３：既に決まっている場合に記載、国内で承認されている場合は和名で記載。それ以外の場合には英語で記載。いずれの国でも販売されていない場合には「－」と記載。

※４：申請時点で予定している使用目的を記載。

※５：申請時点で予定している使用方法を記載。

※６：指定基準への該当性について、端的に根拠に基づいて記載。根拠となる臨床又は非臨床試験成績の概要は別紙に添付することで可。