

提出様式

「選定療養として導入すべき事例等」の提案・意見

このたびは、選定療養として導入すべき事例等について、御提案・御意見を御提出いただき、ありがとうございます。以下の要領に沿って御提出いただきますよう、よろしくお願いいたします。

提出いただいた御提案・御意見の内容について、確認させていただく場合がございますので、連絡先の御記入をお願いします。

氏名

電話番号

_____ - _____

1. 御自身の属性について（※ ①から③まで全て御記入ください。）

①年齢： _____（※ 下記1～5より対応する番号を御記入ください。）

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20歳～39歳 | 3. 40歳～64歳 |
| 4. 65歳～74歳 | 5. 75歳以上 | |

②性別： _____（※ 下記1・2より対応する番号を御記入ください。）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

③職業： _____（※ 下記1～11より対応する番号を御記入ください。）

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. 医師 | 2. 歯科医師 |
| 3. 薬剤師 | 4. 看護師 |
| 5. その他の医療従事者 | 6. 会社員（医療関係の企業） |
| 7. 会社員（6以外） | 8. 自営業 |
| 9. 学生 | 10. 無職 |
| 11. その他（ _____ ） | |

2. 御提案・御意見について

◆御意見・御提案: _____ (※ 下記1～2より対応する番号を御記入ください。)

(※ 「1. 選定療養としての新規導入の御提案」又は「2. 既存の選定療養の見直しの御意見」のいずれに該当するか、以下の番号から一つ選択の上、御記入ください。なお、複数の御提案・御意見をいただける場合は、様式をコピーの上、項目番号ごとにシートを分けて御記入ください。

1. 選定療養としての新規導入の御提案
2. 既存の選定療養の見直しの御意見

○ 「御提案」・「御意見」の内容・理由(※ 可能な限り具体的にお願いします。)