

## 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。)