年　月　日

様式10

安定供給に係る事前相談連絡票

＜送信先＞

厚生労働省医政局経済課

TEL:03-3595-3409

E-mail：kiki-supply@mhlw.go.jp

◎以下の内容にて事前相談を希望します。

〇希望日時　第一希望　　　年　月　日（　）　:　-　:

第二希望　　　年　月　日（　）　:　-　:

第三希望　　　年　月　日（　）　:　-　:

○相談方法　□オンライン相談　□対面相談

○所要時間

○人数

〇相談事項

|  |  |
| --- | --- |
| 製品名 |  |
| 相談事項 | □供給停止　□供給不安内容： |
| 以下の項目について、該当する項目についてご記載ください。 |
| １：本品の概要（使用目的、疾患の概要等） |  |
| ２：本品の市場シェア |  |
| ３：本品に特異的な疾患の有無 |  |
| ４：国内における同じ技術（測定原理・技術）の代替製品の有無及びその市場シェア |  |
| ５：４.で同じ技術（測定原理・技術）の製品がない場合、代替技術の有無 |  |
| ６：４．及び５.であげた代替製品・代替技術が代替となる根拠 |  |
| ７：供給停止又は供給不安の理由の詳細 |  |
| ８：供給停止の決定時期 |  |
| ９：学会ガイドライン等への記載有無 |  |
| 10：本品の在庫量及び市場流通が終了する時期 |  |
| 体外診断用医薬品の場合、以下もご記載ください。 |
| 11：検査の場合、測定機器は専用機器か汎用機器か |  |
| 12：本品の主な使用場所（検査所又は医療機関）及びその割合 |  |
| 添付文書（URL） |  |
| 連絡先 | 企業名：担当者氏名： | 電話番号：E-mail： |