平成２８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・医療機器の保険適用に関する相談会**

**申　込　用　紙**

医薬品　　　・　　　医療機器

（どちらの相談会に参加するか、該当する方に○をつけてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 会場名希望日・時間 | 会場　　　　　　　　（ご希望時間は幅広にご登録ください。）□13:00～　□13:30～　□14:00～　□14:30～　□15:00～　□15:30～　□16:00～　□16:30～ |
| 勤務先・所属機関 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 申込代表者ふりがな氏　　　名（部署・役職）E-mail | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉 |
| 申込者２・氏名（部署・役職） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 申込者３・氏名（部署・役職） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※１社３名までの登録としてください。 |
| 相談時間（　　　　　　　　　　分）　〈１社最大３０分までとさせていただきます。〉※相談事項をご記入願います。（相談内容を簡潔かつ具体的に記載してください。） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |