

様式第 2 号

患者申出療養への医薬品手配に係る検討依頼書

厚生労働省保険局医療課 宛

年 月 日

管理番号（製造販売業者の回答に記載の番号を記載する）

患者申出療養として当該医薬品を使用する必要があるとする根拠

（治験や先進医療等の他の方法では対応できない理由、正規の医薬品の評価・承認審査期間が待てない理由、当該治療薬による治療の便益がリスクを上回ると考える理由等を記載する）

依頼医師

氏名：

所属名：

住所：〒

連絡先：電話：

E-mail：

（注）製造販売業者から受けた別紙 6 様式第 1 号による回答を添えて厚生労働省に提出すること。