e-mail：senshin-iryou@mhlw.go.jp

厚生労働省保険局医療課／医政局研究開発政策課　先進医療担当宛

先進医療に係る事前相談申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当者の所属及び  氏名 |  |
| 連絡先 | TEL　 ：  e-mail： |
| 医療技術名 |  |
| 使用する医薬品、医療機器又は再生医療等製品  （一般名、製品名、企業名、使用方法、未承認、適応外の内容がわかるように記載） |  |
| 相談希望日時  （原則、平日の10時～17時） | 第１希望　　　月　　　日　　　時　～　　　時  第２希望　　　月　　　日　　　時　～　　　時  第３希望　　　月　　　日　　　時　～　　　時 |
| 訪問予定者の氏名  （使用する医薬品・医療機器・再生医療等製品の取扱企業担当者も同行ください。） |  |
| 保険医療機関が想定する先進医療の区分 | （先進医療Ａ・先進医療Ｂ）　いずれかに○をつける  注）事前相談の際の参考情報であり、区分は先進医療会議により決定されるものである。 |

※　事前相談に向けて、下記の書類をご準備ください。

（１）先進医療実施届出書（案）及び添付書類一式

（２）技術の内容を解説した資料（図表など用いた解説書）

（３）薬事承認又は保険収載までのロードマップ