新規医薬品・試薬　宣伝許可願

申請日　　令和　　年　　月　　日

伊勢赤十字病院長　様

会社名･住所

㊞

担当者名

商　品　名	
メーカー名	
規　格･形　式	
定　価	
薬　価	
適応症例	
要求区分	１．新　規　　２．変　更　　３．その他
製品の効果 （治療上の効果）	
現製品との比較	
請求区分	１．保険適用　　２．病院負担　　３．その他
薬剤部長　㊞	資材課長　㊞　　資材課担当　㊞
ＡＳＴ　㊞	【　可　・　否　】

※カタログを添付すること。　　【改正　2024.4.24】