●申請者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| メールアドレス（半角） |  |

●医薬品

|  |  |
| --- | --- |
| 未収載・既収載 | 選択してください |
| 薬品一般名　　　例：●●●● |  |
| 薬品商品名　　　例：〇〇50㎎ |  |
| 薬事承認番号 |  |
| 薬品の区分概要　例：▲▲治療剤 |  |
| 提出提案のエビデンス | 選択してください |
| 再評価区分（複数選択可）  ※既収載の場合のみ回答  **【該当する項目に✔をすること】** | 1. 算定要件の見直し（適応疾患、適応菌種等）  　2. 点数の見直し  　3. 保険収載の廃止  　4. その他（　　） |
| 具体的な内容  例：●●への適応拡大 |  |