

(申請日) 令和 年 月 日

洛和会ヘルスケアシステム殿

会社名  
申請者名

印

### 洛和会未採用薬剤宣伝申請書

対象薬	・未採用医薬品 ・洛和会にて宣伝対象医師は6名以内とする ・画期的新薬（適応症・作用機序等が他に類をみないもの）以外は削除対象薬剤を記入
-----	--

洛和会規定に則り、下記未採用薬剤の宣伝申請を致します。

記

医薬品名		一般名		
規格・単位	薬価	1日薬価	薬価収載日	種類
				新・適括

競合品・類似品等

医薬品名	規格・単位	薬価	1日薬価	メーカー名

宣伝対象医師

病院名	診療科名	医師名	病院名	診療科名	医師名
病院			病院		
病院			病院		
病院			病院		

●患者様に対するメリット（類似薬との比較等）

●洛和会に対するメリット

以上

令和 年 月 日

未採用薬剤宣伝申請を確認致しました。

却下理由	
------	--

洛和会薬剤部統括 令和 年 月 日 印