ヒアリング実施品目概要

様式１

提出年月日：

薬品名（日本語、英語）：

一般名（日本語、英語）：

薬効分類番号、規制区分：

剤形：

規格：

薬価収載年月日：

発売年月日：

薬価：

薬価算定補正加算：

当院における治験の有無（治験番号、診療科）：

会社名：

担当者、連絡先（TEL、FAX）：