独立行政法人国立病院機構

関門医療センター 病院長 殿

（薬剤部経由）

**試 薬 採 用 申 請 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医　　長　　　　　　　科

申 請 者　　　　　　　科

　該当する箇所に☑を入れてください

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | **□** 通 常**□** 緊 急　　 |
| **□** 限 定**（** ID番号：　　　　　　　　患者氏名：　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 試薬名 |  |
| 用途 | **□** 臨 床 検 査　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**□** 院 内 製 剤　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）院内製剤のクラス分類**□** クラスⅠ　**□** クラスⅡ　**□** クラスⅢ　**□** そ の 他　 |
| 規格・包装単位 |  |
| 会社名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 削除候補 | **□** なし**□** あり（ 医薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

2025年4月改訂