[서식 32] 허가범위 초과약제 비급여 사용 심의 신청서

**허가범위 초과약제 비급여 사용 심의 신청서**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **신청 약제** |  | | | | |
| **신청자** |  | 성명 | 소속 | 직위 | 전공분야 |
| 책임연구자 |  |  |  |  |
| TEL:                E-Mail | | | |
| 공동연구자 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **약제 상세정보** | 명칭 |  | | | |
| 단위 |  | | | |
| 제조회사 |  | | | |
| 성분명 |  | | | |
| **허가초과** | 유형 1 | □ 효능 ∙ 효과 초과 □ 용법 ∙ 용량 초과  □ 연령 ∙ 대상군 확대 □ 기타 ( ) | | | |
| 유형 2 | * 대체약제가 없는 경우 □ 대체약제가 있으나 투여금기인 경우 * 대체약제보다 비용효과적인 경우 □ 기타 | | | |
| **투여 대상 및 방법** | (※ 간단히 기술) | | | | |
| **제출자료목록** | □ 허가초과 사용약제 비급여 사용 승인 신청서(본 양식)  ☐ 허가초과 사용약제 비급여 사용 승인 신청서(별지 제 1호 서식)  □ 제출논문 요약표(별지 제 2호 서식) 및 해당 논문  ☐ 의약품 정보(제품설명서)  □ 기타( ) | | | | |
| **병원내 담당자** | (본 양식을 작성하였거나 긴급 연락 가능한 담당자)  성명 : Tel : Fax : e-mail : | | | | |

**위와 같이 신청서를 제출합니다.**

**제 출 일       년   월   일**

**신 청 인    (인/서명)**