

藥品贈藥計畫申請表(廠商填寫)

申請日期： 年 月 日

學名：	商品名：	劑量/劑型規格：	
贈藥廠商：		目的：	
曾有醫院使用經驗 (請註明期間)：			
衛福部核准之適應症：			
贈藥製造廠/產地：		請檢附許可證	
原料生產國：		請檢附原料生產國證明	
贈藥數量及期間：		贈藥數量以壹年需要量為限	
相 關 作 業	限制病人	<input type="checkbox"/> 無限制。 <input type="checkbox"/> 有，限_____。	
	病人用量限制	<input type="checkbox"/> 無限制。 <input type="checkbox"/> 每位病人限用____支。 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	其他限制	說明：	
贈藥廠商代表簽章/公司章			
日期：			

註：需要時，檢附相關文件資料(附件 c.)