

校費 利用申請書

国立大学法人富山大学附属病院長 殿

年 月 日

診療科名

診療科長

(自著)

主治医

(自著)

次のとおり申請します。

診療項目	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 保険未記載の外部委託検査等 <input type="checkbox"/> その他()	名称 ()
1件あたりの金額	() 円	
1件あたりの実施期間	<input type="checkbox"/> 当日のみ <input type="checkbox"/> 入院期間中 <input type="checkbox"/> その他()	
対象患者件数 (年度内の予定)	() 件	
総額 (年度内の予定)	() 円	
初回実施予定日	年 月 日	

※実施期間:入院は開始日から退院日(年度を超えない)、外来は開始日から3ヶ月を超えない期間とする。

申請理由	<input type="checkbox"/> 1、保険適応と認められないため <input type="checkbox"/> 2、過剰と認められるため <input type="checkbox"/> 3、その他(具体的に理由を記載ください)
	症状等含む申請理由: _____ _____ _____
症例区分	<input type="checkbox"/> 1、稀少又は難治の疾病で、教育・研究に必要な症例である。 <input type="checkbox"/> 2、稀少ではないが、重要な疾病で、教育・研究に不可欠な症例である。 <input type="checkbox"/> 3、普通一般的な軽症の疾病であるが、教育的に必要な症例である。 <input type="checkbox"/> 4、患者に特別の精神的、肉体的負担がかかる診療である。
見込まれる成果	<input type="checkbox"/> 1、教育・研究に成果が見込まれる。 <input type="checkbox"/> 2、治療方法の改善に成果が見込まれる。 <input type="checkbox"/> 3、病因の究明に成果が見込まれる。 <input type="checkbox"/> 4、診断技術の向上に成果が見込まれる。 <input type="checkbox"/> 5、その他 _____ _____

<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	年 月 日	病院長	事務部長	事務部次長	医事課長	課長補佐	係長	担当
<input type="checkbox"/> 取消し	年 月 日							