医薬情報担当者及び医療機器販売担当者　各位

**医薬情報担当者及び医療機器販売担当者の院内活動について**

　　　JCHO東京新宿メディカルセンターにおける医薬情報担当者及び医療機器販売担当者の院内活動の要項について、下記のとおり取りまとめたので、十分に注意し厳守するようお願いしたい。

１、目的

　　　　JCHO東京新宿メディカルセンターにおける高品質な医薬品、医療機器を、適正な価格と適切な物流方法で安定供給し、医療のクオリティ向上および医療の安心・安全を目的とした医薬情報担当者及び医療機器販売担当者による院内活動について要項を定める。なお、活動にあたっては日本製薬工業協会が定めた「医療用医薬品プロモーションコード」及び日本医療機器産業連合会が定めた「医療機器業プロモーションコード」を遵守すること。

２、活動時間・場所等

＊　原則として、患者さんに配慮し情報活動は診察に支障がない場所で行い、訪問人数は極力最小限に留めること。

＊　当院職員を訪問する必要がある場合は、必ず当該職員にアポイントを取ること。

＊　診療部長室、医局、病棟ナースステーション等許可された場所以外の立ち入りを禁止する。ただし、職員の同意、同伴等がある場合はこの限りではない。

＊　診療部長室及び医局出入口付近の廊下に立つことを禁止する。

＊　院内においては必ず指定の名札を着用し、秩序ある行動をとること。

＊　院内では必ずマスクを着用し、発熱等の症状がある時には院内活動を控えること。

３、製品説明会の実施

　　　　院内等で行われる医薬情報担当者及び医療機器販売担当者による自社製品の説明会については、公正な競争及び公正な取引を確保するため、高い倫理感に基づき行われる活動の一環として行われ、各診療科等による複数の医療従事者を対象にして随時実施されるものであり、原則としてWebによる製品説明会とし、対面で説明が必要な開催については、下記の手順を遵守して総務企画課へ申請を行うこと。

なお、8:30～17:15は会議室での実施を優先し、外来及び病棟での開催は不可とする。

＊　説明会を開催する場合は、事前に所定の『会議室等利用許可申請書』（様式1）により申請をし、総務企画課職員係より『申請承認許可書』（様式2）で許可を得た上で実施すること。また、総務企画課職員係は会議室使用料の請求書を発行し、担当者あてに送付することとする。

＊　説明会終了後、申請者（利用責任者）は、請求書の『お支払い期限』までに使用料を『会社名』で振込むこと。

以上

令和７年７月

JCHO東京新宿メディカルセンター

総務企画課長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 院　長 |  | 事務部長 |  | 経理課長 | 課長補佐 | 経理係 |  | 総務企画課長 | 課長補佐 | 職員係 | 所属長 |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　様式１

会 議 室 等 利 用 許 可 申 請 書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 院　長 | 補助者 | 総務企画課 | 受　付 | 　　 　 年 　月 　日 |
| □承認　許可　□不承認　不許可 |
| 　　　年　　月　　日（施設管理者）　独立行政法人地域医療機能推進機構東京新宿メディカルセンター院長　殿 　（利用責任者）　 　　 会　社　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 所 属・氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　独立行政法人地域医療機能推進機構施設管理規程第７条（利用の許可）に規定する許可を受けたいので下記のとおり申請します。記　１．日　時 　　　　　　　自　　　時　　　分 　　　　　　　年　　　月　　　日（　） 　　　　　　　　　時間 　　　　　　至　　　時　　　分 ２．場　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ３．人　員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４．目　的　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　５．その他参考事項　　　　① 説明会出席者への飲食物の提供　：　□　有り　　　□　無し　　　　　　　② ①で「有り」の場合提供する飲食物　（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　 参加者１名あたりの費用　　　　 　　　　円（※税込み）　　　　③ 当院担当医師：所属　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　④その他：※関係のない事項については記載する必要はありません。 |
| 利用後の状況 | □　良　　□　不良 | 巡視確認 |  |

様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　承　認

　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　　　　　　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　許　可

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　殿 　　　　　　　　　　（施設管理者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　独立行政法人地域医療機能推進機構理事長 承 認許 可 令和　　年　　月　　日付の申請については、下記のとおり　　　 　します。 承 認許 可 なお、 　　　　した後において、下記の条件に違反した場合は、取り消すことがあります  　ので申し添えます。記　１．日　時 　　　　　自　　　時　　　分 　令和　　　年　　　月　　　日 　　　　　　　　　時間 　　　 　至　　　時　　　分 ２．場　所　３．人　員 ４．目　的　５．その他の条件　　 ・宗教活動又は政治問題の討議のために利用しないこと。その他、違法、不当な内容の討議あるいは決定等を行うために利用しないこと。 ・喧騒にわたるなどして周辺の施設秩序を乱さないこと。 ・施設や器物を汚染、き損しないこと。・簡素な飲食物（お弁当等）については、3,000円（税込）以上の物は受け取れません。 ・利用済後は十分なる清掃のもとに原形に復し、物品等の整理を行い、消灯のうえ 施錠して速やかに総務企画課職員係に連絡、その確認を受けること。  承 認許 可 ・以上の条件に反した場合は、中途においても 　　を取り消すことがあること。 　　　   |