南大阪病院
製薬企業からの講演依頼に関する院内様式一式

実務運用案（2026年10月版）

本書は、製薬企業等から当院医師への講演・座長等の依頼を受け付ける際の院内標準様式案です。実際の運用開始前に、法人規程、就業規則、兼業規程、経理・税務、総務部・法人担当の確認を行ってください。製薬企業は、原則講演等実施日の２ヵ月前までに講演依頼書を病院長宛に郵送で提出してください。

基本フロー

製薬企業→講演依頼書・講演会概要書等を病院長宛で提出→総務受付→関係部署確認一院長承認ー医師受諾→講演実施→講演実績確認→記録保存

運用上の重要事項

- 講演依頼と製品プロモーションの適正性を区別し、講演目的・対象者・内容を明確にする。
- 謝金、交通費、宿泊費等は事前に明示し、実費、妥当性を確認する。
- 講演資料、録画、二次利用、著作権等の扱いは契約時に明確化する。
- 医師個人への依頼であっても、院内の兼業・出張等の規定ルールに従う。
- 製薬企業側の透明性ガイドライン・コード等の最新版を確認する。

製薬企業等からの講演等の依頼受託までのフロー・チェックシート

【STEP 1 診療科所属長〕

□　講演内容の妥当性を確認

□　診療業務への影響を確認

□　医師の受諾意思を確認

↓

【STEP 2 総務部／受付】

□　依頼書を受領

□　講演会概要・対象者・目的を確認

□　謝金・旅費・録画・二次利用の有無を確認

□　製楽企業の社内審査・透明性関連資料を確認

□　出張申請・兼業申請等が必要な場合の指示

↓

【STEP 3 総務／法人管理部門〕

□　兼業・製薬企業等からの講演依頼に関する院内規程への適合を確認

□　契約・謝金・税務処理を確認

□　利益相反・コンプライアンス上の確認

↓

【STEP 4 A区分（通常案件）院長承認】【※B区分要注意案件、C区分は法人倫理委員会での審査・承認】

□　承認　　□　不承認

承認の場合は、承認通知書を薬剤部より依頼者にFAX又はメール等で送付

↓

[STEP 5　実施・事後処理〕

□　講演実施

□　実施確認・謝金等処理

↓

[STEP 6　記録〕

□　原則５年間記録保存する

□　該当者は病院長に対し年次報告

講演受託者　事前チェックシート

申請者は以下について確認する

- □　企業名を確認した
- □　講演会等の目的を確認した
- □　講演内容・テーマを確認した
- □　謝金額を確認した
- □　交通費・宿泊費を確認した
- □　企業による資料確認の範囲を確認した
- □　当該企業との研究・治験・寄附等の関係を確認した
- □　COI申告の必要性を確認した
- □　勤務への影響を確認した
- □　病院の他の規程との抵触がないことを確認した
- □　処方・採用等との対価関係がないことを確認した
- □　企業から過度な接待・娯楽等を受けないことを確認した

依頼者用「講演依頼書」

南大阪病院　病院長　殿

依頼年月日	令和　　年　　月　　日		
製薬企業名			
部署・担当者	部署　　担当者		
連絡先(電話・FAX) (メールアドレス)	TEL：　　FAX： 		
講演者氏名・所属・職位	氏名　　所属・職位		
役割	□ 演者　□ 座長　□ パネリスト □ その他（　　）		
講演会名			
開催日時	令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分		
開催方法	□ 会場　□ WEB　□ ハイブリット		
会場			
演題・テーマ			
講演目的・背景			
譲演時間	分	対象者・予定参加者数	名
主催・共催・後援等			
謝金(税込)	円		
交通費	□ 実費　□ その他（　　）		
宿泊費	□ なし　□ あり（条件：　　）		
支払予定日・方法			
資料・録画等の二次利用	□ なし　□ あり（詳細：　　）		
添付資料	□ 開催概要　□ プログラム　□ 会社概要 □ 透明性　□ 関連資料　□ その他		

※講演実施日の2ヵ月前までに病院長宛に郵送で提出すること

上記内容にて講演を依頼いたします。
院内規程その他の手続きに必要な資料がある場合は、追加提出に応じます。

製薬企業　担当者署名

職員用「講演受諾・兼業申請書」

申請日 令和　　年　　月　　日

所属・診療科	
医師氏名	
依頼企業	
講演会名	
講演日時	
役割	□ 演者　□ 座長 □ その他（　　）
演題	
講演内容の概要	
講演時間	分
謝金(税込)	円
交通費・宿泊費	
当院勤務時間との重複	□ なし　□ あり
当院業務への影響	□ なし　□ あり（内容：　　）
利益相反・ COI申告	□ なし　□ あり　□ 別途報告
資料・録画等の二次利用	□ なし　□ あり
対象者・予定参加者数	
医師確認事項	院内規程、兼業規程、利益相反、守秘義務等を 確認しました。

申請者(医師)署名:

所属長確認：

総務確認:

院長承認: