

委員等名 磯部 哲

**個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準  
回答表**

第6回医薬品等行政評価・監視委員会（令和3年12月21日開催）における  
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

**議題1：委員の求めに応じた個別事項への対応（HPVワクチン接種関係）**

企業名：MSD株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | <input type="checkbox"/> 受取有りの場合       |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下          |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下   |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超          |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

企業名：グラクソ・スミスクライン株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | <input type="checkbox"/> 受取有りの場合       |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下          |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下   |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超          |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

企業名：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし          | } | <input type="checkbox"/> 受取有りの場合       |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下        |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超        |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

企業名：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし          | } | <input type="checkbox"/> 受取有りの場合       |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下        |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超        |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

（留意事項）

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

委員等名 伊豆津健一

**個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準  
回答表**

第 6 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 3 年 12 月 21 日開催）における  
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

**議題 1：委員の求めに応じた個別事項への対応（HPV ワクチン接種関係）**

企業名：MSD株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

企業名：グラクソ・スミスクライン株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

企業名：

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|---|---|--|

企業名：

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|---|---|--|

（留意事項）

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去 3 年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

委員等名 泉 祐子

**個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準  
回答表**

第 6 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 3 年 12 月 21 日開催）における  
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

**議題 1：委員の求めに応じた個別事項への対応（HPV ワクチン接種関係）**

企業名：MSD株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

企業名：グラクソ・スミスクライン株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

企業名：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

企業名：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

（留意事項）

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去 3 年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

委員等名 内田信一

**個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準  
回答表**

第 6 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 3 年 12 月 21 日開催）における  
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

**議題 1：委員の求めに応じた個別事項への対応（HPV ワクチン接種関係）**

企業名：MSD株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input checked="" type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <p style="text-align: center;">受取有りの場合</p> <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

企業名：グラクソ・スミスクライン株式会社

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <p style="text-align: center;">受取有りの場合</p> <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|---|

企業名：

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <p style="text-align: center;">受取有りの場合</p> <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|---|---|---|

企業名：

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <p style="text-align: center;">受取有りの場合</p> <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|---|---|---|

（留意事項）

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去 3 年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

委員等名 | 奥田 真弘

**個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準  
回答表**

第6回医薬品等行政評価・監視委員会（令和3年12月21日開催）における  
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

**議題1：委員の求めに応じた個別事項への対応（HPVワクチン接種関係）**

企業名：MSD株式会社

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 受領なし              | } | <b>受取有りの場合</b>                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 50万円以下 |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度）    |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下     |   | <input checked="" type="checkbox"/> 令和2年度 |
| <input type="checkbox"/> 500万円超            |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度            |

企業名：グラクソ・スミスクライン株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | <b>受取有りの場合</b>                         |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下          |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下   |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超          |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

企業名：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし          | } | <b>受取有りの場合</b>                         |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下        |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超        |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

企業名：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし          | } | <b>受取有りの場合</b>                         |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下        |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超        |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

（留意事項）

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

**個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準  
回答表**

第 6 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 3 年 12 月 21 日開催）における  
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

**議題 1：委員の求めに応じた個別事項への対応（HPV ワクチン接種関係）**

企業名：MSD株式会社

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | 受取有りの場合<br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|---|

企業名：グラクソ・スミスクライン株式会社

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | 受取有りの場合<br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|---|

企業名：

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | 受取有りの場合<br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|---|---|---|

企業名：

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | 受取有りの場合<br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|---|---|---|

（留意事項）

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去 3 年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

委員等名 戸部依子

**個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準  
回答表**

第6回医薬品等行政評価・監視委員会（令和3年12月21日開催）における  
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

**議題1：委員の求めに応じた個別事項への対応（HPVワクチン接種関係）**

企業名：MSD株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | <b>受取有りの場合</b>                         |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下          |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下   |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超          |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

企業名：グラクソ・スミスクライン株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし | } | <b>受取有りの場合</b>                         |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下          |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下   |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超          |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

企業名：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし          | } | <b>受取有りの場合</b>                         |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下        |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超        |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

企業名：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし          | } | <b>受取有りの場合</b>                         |
| <input type="checkbox"/> 50万円以下        |   | <input type="checkbox"/> 令和元年度（平成31年度） |
| <input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下 |   | <input type="checkbox"/> 令和2年度         |
| <input type="checkbox"/> 500万円超        |   | <input type="checkbox"/> 令和3年度         |

（留意事項）

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去3年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。

委員等名 花井 十伍

**個別の医薬品等を議題とする場合の議論参加等に関する基準  
回答表**

第 6 回医薬品等行政評価・監視委員会（令和 3 年 12 月 21 日開催）における  
寄附金・契約金等の受取状況について、以下のとおり回答する。

**議題 1：委員の求めに応じた個別事項への対応（HPV ワクチン接種関係）**

企業名：MSD株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

企業名：グラクソ・スミスクライン株式会社

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|--|---|--|

企業名：

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|---|---|--|

企業名：

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 受領なし<br><input type="checkbox"/> 50万円以下<br><input type="checkbox"/> 50万円超～500万円以下<br><input type="checkbox"/> 500万円超 | } | <b>受取有りの場合</b><br><input type="checkbox"/> 令和元年度（平成 31 年度）<br><input type="checkbox"/> 令和 2 年度<br><input type="checkbox"/> 令和 3 年度 |
|---|---|--|

（留意事項）

- ・申告いただいた内容は厚生労働省のウェブサイトに掲載します。
- ・申告対象期間は過去 3 年度分です。最も受取額の多い年度について回答をお願いします。