西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査依頼書

実施医療機関の長

自治医科大学附属病院　病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　 印

下記の製造販売後調査を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医薬品名 |  | 調査実施計画書番号 |  |
| 調査の目的 |  | | |
| 調査区分 | □一般使用成績調査　　□特定使用成績調査　　□使用成績比較調査 | | |
| 症例数 | 例 | | |
| 調査の期間 | 契約締結日　～　西暦　　年　　月　　日 | | |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： | | |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版番号 |
| □調査実施計画書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □調査票の見本 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □説明文書、同意文書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □その他 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |