西暦　　　　年　　月　　日

指示・決定に対する異議申立書

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

西暦　　　　年　　月　　日付けの指示・決定に関して異議を申立てますので、再度ご検

討をお願いいたします。

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 |
| 指示・決定 |  |
| 異議申立事項 |  |
| 理由等 |  |