医薬品・医療機器等安全性情報報告依頼書

　　西暦　 年 　 月 　日

名古屋第一赤十字病院　院長　殿

　住所

　　　　　　依頼者名

　　代表者又は

　　　　　市販後調査管理責任者 　 印

下記のとおり、医薬品・医療機器等安全性情報報告制度のための調査の実施をお願いしたくご依頼申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 調査の標題 | 医薬品・医療機器等安全性情報詳細調査 |
| 調査対象医薬品 |  |
| 調査目的 | □医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく厚生労働省への副作用報告□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調査担当医師 | 　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 調査症例数 | 　　　　　　症例 |
| 調査費 | ￥　　　　　　　　　　　（１症例当り）※事務費・管理費・消費税別途 |

|  |
| --- |
| 　上記の医薬品・医療機器等安全性情報の調査について実施を承認します。西暦　　年　　月　　日 名古屋第一赤十字病院　院長　　　印 |