製 造 販 売 後 調 査 申 請 依 頼 書

西暦　　年　　月　　日

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

 　　　　責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

氏　名　　　　　　　　　　　　　　 　　　印

下記の通り医薬品の製造販売後調査を実施したく申請いたします。

**記**

|  |  |
| --- | --- |
| 医　薬　品　名 |  |
| 採　用　区　分 | □院内採用医薬品　　　　　　　□院外処方医薬品 |
| 製造販売後調査責任医師 | 科部長 |
| 製造販売後調査担当医師名 | 　　　　　　　科 |
| 調 査 内 容 の 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□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調 　 査 　 目　 的 |  |
| 実 施 予 定 期 間 | 契約締結日　～　西暦　　年　　月　　日 |
| 予 定 症 例 数 | 　　　　症例（1症例当たり　　調査票） |
| 費　　　　用 | ￥　　　　　 　　　　（１調査票当たり）　※事務費・管理費・消費税別途 |
| 備　　　　考 |  |