

登録番号 \_\_\_\_\_

## 製造販売後調査実施依頼書

西暦 年 月 日

成田赤十字病院

院長 殿

依頼者

住所：

名称：

代表者：

印

下記のとおり、製造販売後調査の実施をご依頼申し上げます。

## 記

医薬品等名	
調査課題名	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査 <input type="checkbox"/> 副作用等
対象疾患（副作用等）	
調査の目的・内容	
担当責任医師	所属・職名：                      氏名：
分担医師	氏名：                      氏名： 氏名：                      氏名： 氏名：                      氏名：
調査予定期間	契約締結日 ～ 西暦 年 月 日
予定症例数	症例・ 調査票（全国予定症例数 ）
委託研究費	1症例1調査票当たり 円（消費税別）（1症例当り調査票 票）
添付資料	<input type="checkbox"/> 製造販売後調査実施要綱 <input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 調査医薬品等に関する資料 <input type="checkbox"/> その他の必要な書類（最新添付文書、最新インタビューフォームなど） <input type="checkbox"/>
	再審査期間：～西暦 年 月 日