

登録番号 _____

製造販売後調査実施申請書

西暦 年 月 日

成田赤十字病院

院長 殿

担当責任医師

所属・職名 :

氏 名 :

印

下記のとおり製造販売後調査を実施致したく申請致します。

なお、本調査は、治験審査委員会が承認し、これに基づく院長からの指示・決定が通知された後に実施致します。

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
備考	再審査期間 : ~西暦 年 月 日