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 | □　一般使用成績調査　　　　　　□　特定使用成績調査  □　使用成績比較調査　　　　　　□　副作用等  □　その他（上記に該当しない調査） |
| 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調査票当り　　円（消費税別）（１症例当り最大　　　調査票） |
| 添付資料 | □ 製造販売後調査実施要綱  □ 調査票  □ 調査医薬品に関する資料（最新添付文書、最新インタビューフォームなど）  □ その他の必要な書類  □ 同意説明文書  再審査期間：～西暦　　　年　　月　　日 |