

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 調査票当たり 円（消費税別）（1 症例当たり最大 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