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 | □　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 |
| 備考 | 再審査期間：～西暦　　　年　　月　　日 |