

登録番号 _____

製造販売後調査審査依頼書

西暦 年 月 日

成田赤十字病院
治験審査委員会
委員長 平栗 雅樹 様

成田赤十字病院
院長 (公印省略)

下記の製造販売後調査について、各事項の審査を依頼します。

記

審査事項	<input type="checkbox"/> 調査の実施の可否 <input type="checkbox"/> 調査の継続の可否 <input type="checkbox"/> 製造販売後調査実施要綱の変更 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 ()
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 <input type="checkbox"/> 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：
依頼者	住 所： 名 称： 代 表 者：
調査予定期間	契約締結日 ～ 西暦 年 月 日
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	<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) <input type="checkbox"/> その他の必要な書類 <input type="checkbox"/> 同意説明文書 再審査期間：～西暦 年 月 日