西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査申請書

|  |
| --- |
| **製造販売後調査依頼者** 名称 代表者　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| **調査責任医師** 所属  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

刈谷豊田総合病院 病院長　様

下記の要件により製造販売後調査の実施を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査薬品名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 調査の種類 | □使用成績調査　□特定使用成績調査　□その他 |
| 調査の内容等 |  |
| 調査担当医師 調査協力者 | 分担医師・調査協力者リストに基づく |
| 期間 | （西暦）　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 予定例数 | 例（1症例あたりの分冊数：　　　　冊） |
| 担当者連絡先 | 所属： 氏名： TEL： E-mail： |
| 備考 |  |