西暦　　　　年　　月　　日

分担医師・調査協力者リスト

|  |
| --- |
| **調査責任医師**所属氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

刈谷豊田総合病院 病院長　様

下記の製造販売後調査において、下に示す者を
分担医師・調査協力者として業務を分担したく申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査薬品名 |  |
| 調査課題名 |  |

分担医師の氏名、所属

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 所属 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

調査協力者　□あり　□なし

調査協力者の氏名、所属

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 所属 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |