

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

製造販売後調査依頼書

実施医療機関の長

第二大阪警察病院 病院長 殿

調査依頼者

(名称)

(代表者)

調査責任医師

(所属・職名)

(代表者)

下記の製造販売後調査を依頼致します。

記

対象品目名	
調査課題名	
調査区分	<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"/> その他 ()
調査目的	
予定症例数	症例
調査期間	契約締結日 ~ 年 月 まで
担当医師名	
調査方法	添付の調査実施要項による
調査料	1 症例 (調査票) 1 調査票あたり 円 (税別・後払い)
添付資料	<input type="checkbox"/> 製造販売後調査実施要綱 (年 月 日 版)
	<input type="checkbox"/> 登録票・調査票の見本 (年 月 日 版)
	<input type="checkbox"/> 製品情報概要 (年 月 日 版)
	<input type="checkbox"/> 添付文書 (年 月 日 版)
	<input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 (年 月 日 版)
	<input type="checkbox"/> その他 () (年 月 日 版)
担当者連絡先	氏名 : 所属 : TEL : FAX : Email :