**製造販売後調査依頼書**

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

静岡赤十字病院  
院長　小川　潤　殿

依頼者

会社名

製造販売後調査

管理責任者名　　　　　　　印

当社医薬品または医療機器等の製造販売後調査を依頼いたしたく申請致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名または医療機器名等； | |
| 調査種類（該当に☑）；□ 一般使用成績調査 　□ 特定使用成績調査 □ 使用成績比較調査　 □ 製造販売後データベース調査 □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 調査区分（特定使用成績調査のみ記載）（該当に☑）；  □小児 □高齢者 □妊産婦 □腎・肝機能障害者　□長期使用　□その他(　　　) | |
| 調査目的； | |
| 調査方法（該当に☑）；□ 中央登録方式　 □ 連続調査方式 　□ 全例調査方式 □ その他（　　　　　　） | |
| 調査内容； | |
| 責任担当医師；　　　　　　科　　　　　　　　　先生 | |
| 調査期間；契約締結日　～　西暦　　　年　　月 | 症例数；　　　　例 |
| 調査料（税別）；（1調査票あたり）　　　　　　円 | |
| 調査管理費（税別）；（1調査票あたり）　　　　　　円 | |
| 備考； | |
| 製造販売後調査実施責任者；所属　　　　　　　　　　氏名  実施担当者名；　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ | |