西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査等依頼書

浜松医科大学医学部附属病院長殿

調査依頼者

住所：

名称：

代表者：　　　　　　　　　　　　　印

調査責任医師

所属：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　印

下記の製造販売後調査等を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名 |  |
| 課題名 |  |
| 調査の目的及び内容 |  |
| 予定症例数 | 　　　例 |
| 調査期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 調査分担医師氏名 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：住所：TEL：　　　　　 　　　　　　　FAX: 　　　　　　　Email： |
| 添付書類 | □開発及び調査に至るまでの経緯（A4で1枚程度）・・・・・・1部□実施要領・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1部□調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1部 |