

市 販 後 調 査 依 頼 書

高松平和病院長 殿
医薬品安全管理委員会

依頼者
住 所
名 称
代表者

印

下記のとおり、市販後調査の実施をお願いいたしたく依頼申し上げます。

記

市販後調査名	
調査の目的	<p>1) 区分 (1. 医薬品 2. 医療用具)</p> <p>2) 用途</p> <p>(1) 再審査申請用 (1. 使用成績調査 2. 特別調査)</p> <p>(2) 再評価申請用 (1. 特別調査 2. その他)</p> <p>(3) その他 ()</p>
希望症例数	例
担当医師	<p>所属・職名： 氏名：</p> <p>所属・職名： 氏名：</p> <p>所属・職名： 氏名：</p> <p>所属・職名： 氏名：</p>
調査予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
調査結果報告書の の交付希望時期	平成 年 月
調査委託費	<p>金 円 (消費税及び地方消費税を含まない。)</p> <p>(積算根拠)</p>
添付資料	<p><input type="checkbox"/> 調査実施計画書</p> <p><input type="checkbox"/> 症例報告書</p> <p><input type="checkbox"/> 医薬品の添付文書</p> <p><input type="checkbox"/> その他の資料 ()</p>
調査依頼者の担当 連絡先	<p>所属： 氏名：</p> <p>TEL： FAX：</p>