|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 事務局長 | 経営企  画課長 | 経営企画担当チーフ | 経営企  画担当 | 薬剤部長 | 主任 |
|  |  |  |  |  |  |  |

伺い）　下記の申請を承認してよろしいか第１１４号様式

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 製造販売後調査実施願  西暦　　　　年　　　月　　　日  　　岐阜県立多治見病院　理事長　様  診療科名  診療科部長  印  印  　　　　　　　　　責任医師  下記製品の製造販売後調査を実施したいので承認願います。  記   1. 製造販売後調査実施依頼者名 2. 医薬品名又 医療用具名・規格  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 調査の種類 | □使用成績調査　 　□特定使用成績調査　　 □副作用報告 | | □感染症症例報告　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  1. 症例数 調査予定症例数　　　　例　　※１症例　　　調査票あり 2. 調査実施期間　西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日　まで 3. そ　の　他 | |
| 薬事委員会審議日　西暦　　　　年　　月　　日 | 決裁日　西暦　　　　年　　月　　日 |

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院