第１２号様式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 製造販売後調査実施申請書  西暦　　　　年　　　月　　　日  実施医療機関の長  　　岐阜県立多治見病院　理事長　様  調査依頼者  　住所  　氏名 印  （会社名・代表者名）  　下記の製造販売後調査の実施を申請します。 | | |
| 1 | 医薬品名または医療用具名・規格 |  |
| 2 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3 | 調査の内容 |  |
| 4 | 調査診療科名 |  |
| 5 | 調査責任医師名 |  |
| 6 | 調査予定症例数 | 調査予定症例数　　　　　　　　　　　　例 |
| 7 | 調査実施予定期間 | 契約締結日　　西暦　　　　年　　　月　　　日　～　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 8 | 添付資料 | □実施要綱　　　□実施計画書　　　□添付文書　　　□その他の資料 |
| 9 | 担当者連絡先 | 住所：〒所属氏名  電話： |

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院