

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	<input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用報告 <input type="checkbox"/> 感染症症例報告 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 実施要綱 <input type="checkbox"/> 実施計画書 <input type="checkbox"/> 添付文書 <input type="checkbox"/> その他の資料
9	担当者連絡先	住所: 〒 所属 氏名 電話: