

理事長	事務局長	経営管理課長	総務研修担当	薬剤部長	主任

伺い) 下記の申請を承認してよろしいか

第14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

責任医師 _____ 印

下記医薬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 医薬品名又は医療用具名・規格

3 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()

4 症例数 調査予定症例数 例 ※1症例 調査票あり

5 調査実施期間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日 まで

6 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