

受付日	西暦	年	月	日
受付番号				

(事務局記入欄)

様式 6

西暦 年 月 日

## 製造販売後調査支援依頼申請書

事務局（薬剤部） 御中

調査責任医師

所属・職名 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_

製造販売後調査の実施にあたり、以下の業務について薬剤部の支援を申請します。

記

医薬品名・規格	
調査課題名	
調査区分	<input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査（条件： _____） <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告（事象名： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）
依頼調査数	症例 _____
調査予定期間	契約締結日 ～ 西暦 年 月 日
支援の内容	<input type="checkbox"/> 調査票の作成補助及び提出 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

副作用・感染症報告の調査予定期間開始日は申込日を記載すること

(注) 最終的な支援内容については薬剤部との協議により決定します。