様式1

西暦　　　年　　　月　　　日

製造販売後調査申請書

独立行政法人地域医療機能推進機構

徳山中央病院長殿

製造販売後調査依頼者

所在地

名称

㊞

代表者

調査責任医師

所属・職名

署名

独立行政法人地域医療機能推進機構　徳山中央病院における医薬品の製造販売後調査に関わる業務及び審査標準手順書を遵守の上、下記により製造販売後調査を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名・規格 |  |
| 調査課題名 |  |
| 調査区分 | 使用成績調査  特定使用成績調査（条件：　　　　　　　　　　　　）  副作用・感染症報告（事象名：　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調査の目的 |  |
| 依頼調査数 | 症例 |
| 調査予定期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 調査依頼者の担当者の  氏名・連絡先 | 所属・職名・氏名  ＴＥＬ：　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| 備考（経費等） |  |

副作用・感染症報告の調査予定期間開始日は申込日とする

独立行政法人地域医療機能推進機構

徳山中央病院治験審査委員会委員長　殿

上記の製造販売後調査について、上記の事項の審査を依頼します。

独立行政法人地域医療機能推進機構

㊞

徳山中央病院長