

整理番号	(何も記入しないでください)
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査
	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 20●●年 ●●月 ●●日

製造販売後調査等依頼書

実施医療機関の長
東北医科薬科大学病院 病院長 殿

当センターへの提出日を記入
(手書き可)

・記載できる箇所は全て記載すること

・□は該当箇所を■にしてください

・調査責任医師の押印済のものを提出すること

調査依頼者
東京都○○区
○○薬品株式会社
○○○○ ○○ ○○

印

調査責任医師
○○科・診療科長や教授etc
○○ ○○

印

下記のとおり、調査の実施を依頼いたします。

記

調査薬・機器の名称	△△△△△	調査実施計画書番号	△△△△△
調査課題名	△△△△△ △△△△△		
調査等の目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 再審査・再評価申請 <input type="checkbox"/> 承認条件に基づく調査 <input checked="" type="checkbox"/> 企業自主的調査 <input checked="" type="checkbox"/> 全例調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> その他 ()		
調査の内容	△△△△△△		
調査分担医師	所属・職名： ○○科・准教授		氏名： ○○ ○○
	所属・職名： ○○科・助教		氏名： ○○ ○○
	所属・職名：		氏名：
調査予定期間	契約締結日 ~ 西暦20●●年●●月●●日		
調査期間終了後の登録	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	画像等の提出	<input checked="" type="checkbox"/> あり (媒体を記載) <input type="checkbox"/> なし
目標症例数	△△ 例	同意取得	<input checked="" type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
調査票形態	<input type="checkbox"/> Book Type <input checked="" type="checkbox"/> Visit Type (1 症例あたり △△ 分冊)		
調査依頼者の 担当者連絡先	氏名：○○ ○○ 所属：○○ TEL：○○○-○○-○○○ FAX：○○○-○○-○○○ Email：▼▼@○○○○○		

添付資料

資料名	作成年月日	版表示
<input checked="" type="checkbox"/> 調査実施要綱	西暦20●●年●●月●●日	第●版
<input type="checkbox"/> インタビューフォーム	西暦 年 月 日	
<input checked="" type="checkbox"/> 添付文書	西暦20●●年●●月●●日	第●版-●
<input type="checkbox"/> パンフレット (製品説明書)	西暦 年 月 日	
<input checked="" type="checkbox"/> 調査票の見本 (EDCの場合、操作手順書等)	西暦20●●年●●月●●日	Ver. ●etc
<input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日	