西暦　　　　年　　　月　　日

製造販売後調査　依頼書

実施医療機関の長

昭和大学藤が丘ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院　病院長　殿

調査依頼者

（名称）

（代表者）　　　 　　 印

調査責任医師

（所属）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（職名）

（氏名）　　　　　　 印

下記の製造販売後調査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象品目名  商品名 |  |
| 調査課題名 | □新規依頼　□継続依頼 |
|  |
| 目標とする  被験者数(予定) | 例 |
| 調査の期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　 所属：  Mobile：　　　　　 　　　　　Office:  Fax: 　　　　　　　 　Email： |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版番号 |
| □調査実施計画書（実施要綱） | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □添付文書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □インタビューフォーム | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □調査票/症例報告書の見本 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □その他（説明文書・同意文書など） | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |

以上