(様式1)

　令和　　　年　　月　　日

**製造販売後調査・副作用報告等依頼書**

公立置賜総合病院

江口　英行　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　調査依頼者

所在地

会社名

代表者名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任医師名

　　　　　　 　　印

下記の製造販売後調査等の実施について依頼します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象医薬品名  （医療機器名）  （再生医療等製品名） |  | 規格 |  |
| 1 調査等の種類 | □一般使用成績調査　　□特定使用成績調査  □副作用・感染症報告　□その他 | | |
| 2 課　　題 |  | | |
| 3 目　　的 |  | | |
| 4 内　　容 |  | | |
| 5 症例数等 | 調査等予定症例数　　　　　　症例 | | |
| 6 実施期間 | 令和　　　　年　　月　　日　～　　令和　　　年　　月　　日 | | |
| 7 担当責任医師及び  診療科名 |  | | |
| 8 委託経費 | 1報告書あたり 円(消費税込) | | |
| 9 備考 |  | | |
| 10 担当者連絡先 | 所属（営業所など）  氏名:  TEL: e-mail: | | |

注）添付資料: 実施計画書各1部