

|      |   |
|------|---|
| 整理番号 |   |
| 区分   | <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品 |

西暦 年 月 日

## 製造販売後調査依頼書

実施医療機関の長

大阪警察病院 病院長 殿

調査依頼者

(名称)

(代表者)

調査責任医師

(所属・職名)

(代表者)

下記の製造販売後調査を依頼致します。

記

|        |  |
|--------|--|
| 対象品目名  |  |
| 調査課題名  |  |
| 調査区分   | <input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査<br><input type="checkbox"/> 使用成績比較調査 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) |
| 調査目的   |  |
| 予定症例数  | 症例   |
| 調査期間   | 契約締結日 ~                      年                      月 まで   |
| 担当医師名  |  |
| 調査方法   | 添付の調査実施要綱による   |
| 調査料    | 1 症例 (                      調査票)<br>1 調査票あたり                      円 (税別・後払い)   |
| 添付資料   | <input type="checkbox"/> 製造販売後調査実施要綱 (                      年                      月                      日                      版)                            |
|        | <input type="checkbox"/> 登録票・調査票の見本 (                      年                      月                      日                      版)                             |
|        | <input type="checkbox"/> 製品情報概要 (                      年                      月                      日                      版)                                 |
|        | <input type="checkbox"/> 添付文書 (                      年                      月                      日                      版)                                   |
|        | <input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 (                      年                      月                      日                      版)                              |
|        | <input type="checkbox"/> その他 (                      ) (                      年                      月                      日                      版)           |
| 担当者連絡先 | 氏名 :                      所属 :<br>TEL :                      FAX :                      Email :  |