（製造販売後調査依頼者→実施医療機関の長） 　　製造販売後調査様式1

 年 月 日

製造販売後調査実施依頼書

砺波市長

（市立砺波総合病院開設者）　殿

製造販売後調査依頼者

名 称：

代表者： 印

下記のとおり、製造販売後調査の実施を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査対象医薬品名 |  |
| 調査の目的および内容 | 使用成績調査　　・　　特定使用成績調査　副作用詳細調査 |
| 調査担当医師（全員の所属･氏名） |  |
| 調査実施予定期間 | （西暦） 年 月 日 ～ （西暦） 年 月 日 |
| 調査予定症例数 |  例 |
| 調査費用 | 調査票1冊につき　　　　　　　　円（消費税別）(　1例につき調査票　　　　　冊、　1例あたりの調査費用　　　　　　　　　　　　（消費税別） ) |
| 依頼者連絡先 | 〒　　　-　　　　担当者氏名：　　　　　　　　　　　　電話： |
| 備　　考 |  |

上記製造販売後調査依頼内容を確認しました。　　　　　　　　代表医師署名または捺印