

赤字の箇所は、依頼者様に記載いただく箇所となります

作成日もしくは提出日を記載してください

様式...
(調査依頼者→調査責任医師・薬剤科・事務局)

西暦 年 月 日

製造販売後調査実施確認書

NTT東日本株式会社

総務人事部 医療センタ 札幌病院

(診療科名) (調査責任医師名) 殿

薬剤科 薬剤部長 殿

調査依頼者

(所在地)

(名称)

(代表者)

印

下記の製造販売後調査の実施をご検討くださいますようお願いいたします。

1.調査課題名			
2.医薬品等名		剤形	
3.調査の目的 *実施要項に記載されている目的を記入してください	下記いずれかにチェックして下さい <input type="checkbox"/> 再審査、再評価のために実施 <input type="checkbox"/> 上記以外(自主的に実施)	調査区分	<input type="checkbox"/> 全例調査 (以下いずれかもチェック)
			<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> その他
4.調査予定期間	契約締結日 ~ 西暦 年 月 日 (副作用・感染症報告の場合は、詳細調査票の作成期間)		契約期間ですので、必ず日付を記載してください(期間が曖昧な契約はできません)
5.調査予定症例数	例		

上記調査につきまして、実施可能と判断をしまして

西暦 年 月 日

全例調査の場合でも、実施可能症例数にて契約をお願いいたします(「全例」という契約はできません)

診療科名: 調査責任医師名: (署名もしくは捺印)

【以下、薬剤科記載欄】

上記調査の実施に関して、確認をしました。

責任医師へ確認依頼をしていただき、署名もしくは記名捺印をもらってください。

西暦 年 月 日

薬剤部長: 阿部 佳史 印

【事務局記載】

薬剤科にて、採用薬品であるか否かの確認が必要になります。

整理番号

製