

赤字の箇所は、依頼者様に記載
いただく箇所となります

2017年度以降に契約したものは、
必ずご記載ください

整理番号

製

様式
(調査依頼者→院長)

記載日もしくは提出日を
ご記載ください

西暦

年

月

日

製造販売後調査依頼書

NTT東日本株式会社
総務人事部 医療センタ 札幌病院
院長 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依頼したく、申し込み致します。
調査実施要綱をご理解いただき、ご協力していただける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.診療科名			
5.調査担当者	責任者		分担者
6.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)
7.調査予定症例数	例		

調査依頼者 殿

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)

依頼のありました製造販売後調査の実施を決定いたしました。

NTT東日本株式会社 総務人事部

医療センタ 札幌病院 院長 印