様式第1号

製造販売後調査依頼書

　西暦　　年　　月　　日

堺市立総合医療センター院長　殿

依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり製造販売後調査を実施したいので、堺市立総合医療センター薬事委員会の規定により、関係書類を添えて依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象医薬品  （一般名） |  | |
| 調査種類 | □　使用成績調査　（該当の調査の□を■にしてください）  □　特定使用成績調査  □　その他の調査 | |
| 責任医師等 | 所属： | 氏名： |
| 調査期間 | 承認日　～ 西暦　年　月　日 | |
| 予定症例数 | 例 | |
| 費用 | 受託研究費：（契約書どおりに記載してください）（消費税別）  事務経費：20,000（消費税別） | |
| 添付資料 | * 調査実施計画書　　（添付する資料の□を■にしてください） * 症例報告書 * 医薬品等概要書 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 研究依頼者の  担当者連絡先 | 所属：　　　　　　　　　　　　　　氏名：  電話番号：　　　　　　　　　　　　　FAX番号： | |