

整理番号	平成	年度第	号
------	----	-----	---

空欄をお願いします。

平成 年 月 日

製造販売後調査受入申請書

提出の日付を記入ください。

国立大学法人
宮崎大学医学部附属病院
病院長 殿

製造販売後調査依頼者

住所：*****

名称：*****製薬会社

代表者：代表取締役社長 ** **

印

下記の製造販売後調査の実施を依頼したく申し込みます。

捺印が必要です。

記

被験薬		製品名	*****	(一般名)	*****
製造販売後調査課題名		<input checked="" type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 継続依頼 *****使用成績調査 製造販売後調査実施計画書 No. (*****)、平成**年*月 作成			
研究の目的 (用途)		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 2. 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 3. 副作用報告 <input type="checkbox"/> 4. その他 ()			
の概要	対象疾患	*****			
	実施希望例数	総計 ○例	<input checked="" type="checkbox"/> 契約症例数をご記入 ください。		
	用法・用量	*****			
	投与期間	*****			
	製造販売後調査実施希望期間	契約締結日 ~ 平成 ○○年 3月 31日			
製造販売後調査依頼者の連絡先	担当者氏名 (所属・職名) :		<input checked="" type="checkbox"/> 調査をご担当される方の連絡先をご記入ください。		
	TEL :		FAX :		
	E-mail :				
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 製造販売後調査実施計画書・・・(平成○○年○月○日、第1版) <input checked="" type="checkbox"/> 症例報告書の見本・・・(平成○○年○月○日) <input checked="" type="checkbox"/> 添付文書・・・(平成○○年○月○日、第1版) <input checked="" type="checkbox"/> インタビューフォーム・・・(平成○○年○月○日) <input checked="" type="checkbox"/> 製造販売後調査責任医師の履歴書 <input checked="" type="checkbox"/> 製造販売後調査分担医師リスト <input type="checkbox"/> その他 ()				
	() 内には当該資料の作成年月日 (製造販売後調査実施計画書については、その版数も) を示す。				
診療科長	上記内容の確認日 :		平成○○年 ○月 ○日		
	記名捺印又は署名 :		** ** 印		
製造販売後調査責任医師	上記内容の確認日 :		平成○○年 ○月 ○日		
	記名捺印又は署名 :		** ** 印		

捺印が必要です。

捺印が必要です。