

整理番号	年度第 号
区分	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器
	<input type="checkbox"/> 再生医療等製品

いずれかにチェックを入れてください

西暦 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

(名称) * * * * * 製薬会社

(代表者) * * * *

診療科等の長

(所属) ○ ○ ○ 科

(氏名) * * * *

製造販売後調査責任医師

(所属) ○ ○ ○ 科

(氏名) * * * *

捺印が必要です

印

印

印

下記の製造販売後調査を依頼いたします。

記

製品名	* * * * * * * * *	製造販売後調査 実施計画書番号	* * * * * * * * *
製造販売後 調査課題名	* * * * * * * * * 使用成績調査		
製造販売後 調査区分	<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"/> 副作用報告		
症例数	例 契約症例数を記入ください		
製造販売後 調査の期間	契約締結日 ~ 西暦 年 3月 31日		
担当者連絡先	氏名 :	所属 :	
	TEL :	FAX :	Email :

いずれかにチェックを入れてください

契約症例数を記入ください

添付資料一覧

資料名	作成年月日	版番号
■製造販売後調査実施計画書	西暦 20* *年 *月 *日	第*版
■調査票の見本	西暦 20* *年 *月 *日	
■インタビューフォーム	西暦 20* *年 *月 *日	
■製造販売後調査責任医師の履歴書	西暦 20* *年 *月 *日	
■製造販売後調査分担医師リスト	西暦 20* *年 *月 *日	
■その他 (例 同意説明文書)	西暦 20* *年 *月 *日	

注) 本様式は製造販売後調査依頼者が診療科等の長の合意の下、正本（記名捺印又は署名したもの）を1部作成し、国立大学法人 宮崎大学医学部附属病院 病院長に提出する。