

# 医薬品等臨床研究

新規 記入不要  
 変更・継続の場合  
 契約書をご確認の上ご記入ください

承認番号 (継続申請時のみ記入)	年度第 号 (契約年月日 年 月 日)
医薬品名・規格	
研究課題名	例) **使用成績調査
診療科	***科
製造販売後調査 責任医師名	** **
研究委託者	
所在地	〒
研究区分	<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
研究の目的	<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
希望症例数	症例数 ○例

連絡先	住所	〒		
	会社名・部署			
	担当者 1	氏名		
		TEL		FAX
		E-mail		
	担当者 2	氏名		
		TEL		FAX
		E-mail		