西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査依頼書

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名）殿

依頼者

（名称）

（代表者）　　　 　　 印

責任医師

（氏名）　　　　　　 印

下記の製造販売後調査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 一般名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 症例数(予定) | 例 |
| 調査期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 調査区分 | □医薬品　　　　　　□医療機器　　　　　□再生医療等製品 |
| □一般使用成績調査　□特定使用成績調査　□使用成績比較調査  □副作用　□感染症自発報告　□その他（　　　　　　　　） |
| □全例調査 |
| 調査目的・内容 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版表示 |
| □製造販売後調査実施要綱 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □添付文書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □調査票 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □製造販売後調査責任医師履歴書 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □製造販売後調査分担医師氏名リスト | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □研究経費算定調書（B） | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □その他 | | |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |