依頼者 → 病院長

様式１

西暦　　　年　　月　　日

医薬品製造販売後調査実施依頼書

熊本赤十字病院

院長　平田　稔彦　　 依頼者

名称

代表者　　　　　　 　　　　　　　㊞

調査責任医師

氏名　　　　　　　　　　　　 　㊞

熊本赤十字病院における製造販売後調査取り扱い規程を遵守の上、下記内容により医薬品製造販売後調査の実施を依頼いたします。

記

１．調査対象医薬品名

２．調査の区分　　　　 □　使用成績調査 □　特定使用成績調査

□　副作用・感染症報告

３．調査目的

４．調査分担医師（所属・氏名）

５．調査予定症例数　 　症例

６．調査期間＊1　　西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日

７．薬品納入に関する事前登録の必要性＊2　 □なし　□有　□その他( )

８．依頼者連絡先　　 担当者氏名：

　　　　　　　　　　 電話　　　：

９．備考

＊1　副作用・感染症報告の調査予定期間開始日は申込日を記載すること

＊2 登録後でないと初回購入できない場合は有にチェックすること。（必要時は説明書添付）