

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 有害事象
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 年 月 日

製造販売後調査申請書

下関市立市民病院
院長 殿

依頼者
(名称)
(代表者)
調査責任医師
(氏名)

下記の製造販売後調査を申請いたします。

記

調査薬の化学名 又は識別記号		実施計画書番号	
課題名	<input type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 継続依頼		
目標とする 調査数(予定)	例		
当院での調査期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		
担当者連絡先	氏名 : TEL :	所属 : FAX :	Email :

添付資料一覧

資料名	作成年月日
<input type="checkbox"/> 実施計画書	西暦 年 月 日
<input type="checkbox"/> 調査薬概要書又は添付文書	西暦 年 月 日
<input type="checkbox"/> 調査票の見本	西暦 年 月 日
<input type="checkbox"/> 調査分担医師となるべき者の氏名を記載した文書 (氏名リスト)	西暦 年 月 日
<input type="checkbox"/> 製造販売後調査の費用について説明した文書	西暦 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	