

年 月 日

製造販売後調査申請書

福山市民病院 院長 様

調査依頼者

名称：

代表者：

調査責任医師

診療科：

医師：

次のとおり製造販売後調査を申請いたします。

医薬品等	
調査課題	
調査予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
調査予定症例数	症例
調査に要する経費	1 調査票につき 円（税別）
調査の区分	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器
調査の目的	<input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> その他（ ）
調査の必要性 及び概要	
調査協力医師 (診療科)	
担当者の連絡先	名前： 所属： TEL： FAX： E-mail：

※添付資料：(1) 実施要綱 (2) 添付文書 (3) 調査票又は症例報告書（見本可）