|  |  |
| --- | --- |
| 製造販売後調査等実施申請書  　　　　　　年　　月　　日  姫路赤十字病院  　院長　岡田　裕之　様  　　　　　　　　　　　　依頼者  住　　所  会 社 名  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印    下記のとおり　□使用成績調査  □特定使用成績調査  □副作用・感染症調査　　　　をお願いいたします。 | |
| １．医 薬 品 名 |  |
| ２．調 査 目 的 |  |
| ３．調査予定症例数 | 症例 |
| ４．調査実施期間  （副作用・感染症調査については調査対象期間） | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| ５．調査担当者 | 担当責任者　　　　　　　　　印　（　　　　　 　科） |
| 担当医師 |
| 担当医師 |
| ６．調　査　料 | 1報告書あたり　　　　　　　円（消費税別）  1症例あたり報告書　　　　　部 |
| ７．調査に伴う特別な　検査・検体の取扱い  　　の有無  （血中濃度・尿中濃度・外注検査　等） | 有　（関係部署に連絡必要）　　・　　無 |
| ８．依頼担当責任者 | 連絡先Tel　　　　　－ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022.04