

| | |
|------|--|
| 整理番号 | |
| 区 分 | <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"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 |

西暦 年 月 日

製造販売後調査依頼書

公立学校共済組合
九州中央病院
病院長 前原 喜彦 殿

会社名
代表者名 印

下記のとおり製造販売後調査の実施について依頼致します。

記

| | | |
|---------|-----------------------------|--|
| 医薬品等名 | | |
| 調査課題名 | | |
| 調査目的 | | |
| 予定症例数 | 症例 | |
| 調査期間 | 契約締結日 ～ 西暦 年 月 日 | |
| 調査費用 | 1 症例につき 円（うち消費税 ） | |
| 担当医師名 | 科 | |
| | | |
| | | |
| 依頼会社担当者 | 担当者氏名： 連絡先：TEL E-mail | |