

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 申 請 書

公立学校共済組合
九州中央病院
病院長 前原 喜彦 殿

申請科 科
担当医師名 印
診療科部長 印

下記のとおり製造販売後調査の実施について申請致します。

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	
担当医師名	科	
調査依頼者	住所 会社名 代表者 担当者 連絡先	