西暦２０２　年　　月　　日

製造販売後調査実施依頼書

実施医療機関の長

愛知県がんセンター病院長　殿

依頼者

（所在地）

（名　称）

（代表者）　　　　　　 印

下記の製造販売後調査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査課題名 | □新規依頼　□継続依頼 |
|  |
| 調査区分 | □使用成績調査　　　□特定使用成績調査　　　（□全例調査） |
| 研究実施責任医師 | （所属　氏名） |
| 研究内容 |  |
| 予定調査件数 | 例 |
| 研究実施希望期間 （当院契約期間） | 西暦　　年　　月　　日～西暦　　年　　月　　日（未定の場合○○症例集積まで等）  （契約締結日　～　西暦２０２　年３月３１日） |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  **複数年度契約を基本とします**  **調査予定期間の終期が属する年度の末日を記載**  TEL：　　　　　　　　FAX: 　　　　　　　Email： |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版表示 |
| □調査の概要・計画書 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □調査票の見本 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □添付文書 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □インタビューフォーム | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □製造販売後調査経費算定書 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |