

空欄

製造販売後調査等依頼書

提出日を記載

熊本大学医学部附属病院長 殿

代表者：

下記の製造販売後調査等を依頼いたします。

押印不要

記

医薬品等名																				
調査課題名	<input type="checkbox"/> 新規					<input type="checkbox"/> 継続					<input type="checkbox"/> 全例調査									
	該当の場合チェック																			
	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査					<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査					<input type="checkbox"/> 使用成績比較調査									
	<input type="checkbox"/> 副作用・感染症自発報告					<input type="checkbox"/> その他（					）									
実施要綱記載の調査期間	西暦					年					月					日				
	調査期間プラス																			
契約期間	西暦					2019年					4月					1日				
	西暦					年					月					日				
契約期間の予定症例数	例（1症例あたり 冊）																			
製造販売後調査等責任医師	（所属・職名・氏名）																			
担当者連絡先	氏名：					所属：					TEL：					Email：				

添付資料一覽

資料名	作成年月日	版番号
■医薬品等の概要(インタビューフォーム等)		
	西暦 年 月 日	版
■調査実施要綱 ※副作用・感染症自発報告の場合は不要		
	西暦 年 月 日	版
■調査票の見本 ※副作用・感染症自発報告の場合は不要		
	西暦 年 月 日	版
□調査票の写し ※副作用・感染症自発報告の場合のみ必要		
	西暦 年 月 日	
■製造販売後調査等分担医師リスト(熊大調査書式4) ※副作用・感染症自発報告の場合は不要		
	西暦 年 月 日	
□同意書・患者向け説明書 ※使用する場合のみ必要		
	西暦 年 月 日	
□その他		
	西暦 年 月 日	

現在使用中 or 必須の場合のみチェックし添付

2018年度の番号を記載

【前年度の契約番号: - 】

注)本書式は製造販売後調査等依頼者が製造販売後調査等責任医師の合意のもと作成し、実施医療機関の長に提出する。