

空欄

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 比較 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症自発報告 <input type="checkbox"/> その他

西暦 年 月 日

製造販売後調査等分担医師リスト（☐新規 ☐変更）

実施医療機関の長
熊本大学医学部附属病院長 殿

作成日を記載。この日を
書式1添付欄に記載

製造販売後調査等責任医師

所属・職名：

氏名：

押印不要

下記の調査において、下に示す者を製造販売後調査等分担医師として調査業務を分担したく
提出いたします。

記

医薬品等名	
調査課題名	所属・職名両方記載 注：診療講師は使用不可。助教と記載

製造販売後調査等分担医師の氏名、所属・職名（15名を上回る場合別紙に記載）

氏名	所属・職名	分担業務の内容
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）
		<input type="checkbox"/> 調査業務全般 <input type="checkbox"/> （ ）

空欄

西暦 年 月 日

上記の調査において、製造販売後調査等分担医師のリストを了承いたします。

実施医療機関の長
熊本大学医学部附属病院長

注）本書式は製造販売後調査等調査責任医師が作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長は書式下部の了承日及び実施医療機関の長欄を記載し、製造販売後調査等調査責任医師に提出する。実施医療機関の長又は製造販売後調査等調査責任医師は、製造販売後調査等調査依頼者に本書式を提出する。