

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

製造販売後調査等実施申請書

提出日を記載

実施医療機関の長

熊本大学医学部附属病院長 殿

署名・捺印
(所属・職名は入力可)

診療科長

所属・職名：

氏名：

印

製造販売後調査等責任医師

所属・職名：

氏名：

印

(職名は記名可、署名・捺印をお願いします)

下記のとおり製造販売後調査等を実施したいので、申請します。

なお、本調査は、医薬品の製造販売後調査及び試験の実施の基準（G P S P）、医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器の製造販売後安全管理の基準（G V P）を遵守するとともに、治験審査委員会が承認し、これに基づく病院長からの指示・決定が通知された後に実施します。

記

依頼者			
医薬品等名	該当の場合チェック		
調査課題名	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 全例調査
	<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～西暦 年 月 日
	調査期間プラス6ヶ月		
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）		
経費	別紙経費算定書の額		

※製造販売後調査等分担医師については熊大調査書式4に記載。