

製造販売後調査申込書・申請書（副作用・感染症用）

(西暦) 年 月 日

大阪医科薬科大学病院

病院長 □□ □□ 様

製造販売後調査委託者

所在地 ○○県○○市○○

名称 ○○株式会社

代表者 代表取締役社長 ○○○○

印

職名もご記入ください。

製造販売後調査担当責任医師

診療科名 (選択してください)

氏名 医大 太郎

印

大阪医科薬科大学病院が定める規程を遵守の上、下記の通り製造販売後調査（以下「調査」という。）を委託致したく、申込みおよび申請を行います。

記

1. 調査対象品： 商品名 ○○○○○
一般名 △△△△△

2. 調査目的： 副作用・感染症の調査

3. 調査内容：

選択の上、ご記入ください。

(1) 区分： 医薬品 医療機器 その他 ()
 副作用 感染症 その他 ()

(2) 調査期間： (西暦) XXXX年 XX月 XX日～(西暦) XXXX年 XX月 XX日

※原則、調査依頼日から調査票回収日をご記入ください。

(3) 調査症例数： XX症例 (1症例当たり XX調査票)

(4) 診療科長確認印：
(診療科名・職名・氏名)

(選択式)

・ (選択式)

・ ○○○○

印

大学の講座 (=研究費納入先) です。

(5) 所属長確認印：
(教室名・職名・氏名)

(選択式)

・ (選択式)

・ ○○○○

印

4. 調査委託者 (担当者) の連絡先： (名称・氏名・電話番号)

○○株式会社・○○○○○・XXX-XXXX-XXXX