西暦　　 　　年　　月　　日

製造販売後調査等依頼書

実施医療機関の長

　旭川医科大学病院長　殿

製造販売後調査等依頼者

　　（名称）

　　（代表者）

製造販売後調査等責任医師

　　（所属）・（氏名）

下記の製造販売後調査等を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査対象薬の一般名 | 　 | 製造販売後調査実施要綱番号 | 　 |
| 調査等課題名 |  |
| 予定症例数 | 　　　　例 |
| 調査等の期間（実施要綱記載の期間） |  　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日 ～ 西暦　　　　年　　月　　日 |
| (症例登録期間：西暦　　　　年　　月　　日 ～ 西暦　　　　年　　月　　日) |
| 調査等の目的 | □承認条件に基づく調査　　□再審査･再評価申請　　□企業自主調査□全例調査　　□副作用･感染症報告　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　 　　　　　　　Email： |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版表示 |
| □ 実施要綱 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □ インタビューフォーム | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □ 添付文書 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □ 登録票・調査票の見本 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □ 製造販売後調査等分担者リスト | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □ 経費算出内訳書 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □ その他 |  |  |
| ・説明文書・同意文書 | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| ・ | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |