西暦　　　　　年　　　月　　　日

**製造販売後調査依頼書**

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪急性期・総合医療センター　　総長　様

依頼者

住　所

名　称

職名・代表者名 　　　　　　　・

調査責任医師

診療科・氏名　　　　　　　　　　・

下記のとおり、医薬品等の製造販売後調査の委託をしたく、関係資料を添えて依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査区分 | □再審査申請　□再評価申請　□副作用報告（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □使用成績調査　□特定使用成績調査  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医薬品等名 | □医薬品　□医療機器　□再生医療  ( ) |
| 調査課題名 |  |
| 調査の目的  及び内容 |  |
| 調査実施期間 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　～　西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 予定症例数 | 例　（1症例あたりの調査票数　　　　　 　　） |
| 添付資料 | □調査実施要綱  □調査票の見本（副作用報告の場合は調査票の写し）  □製品情報概要、添付文書、インタビューフォーム等  □説明文書・同意文書  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| 委託経費 | □1調査票：　　　　　　　　円(消費税別)  　（支払い時期：□年度毎□調査終了時□契約締結時（副作用報告の場合）） |
| 担当者連絡先 | 社名： 氏名：  TEL：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　Email： |
| 備　考 |  |

申立事項）本調査の実施により得られた結果を調査の目的以外に使用する場合には、事前に貴センターに承認を得た

うえで行ないます。