　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Ｐ様式２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※整理番号 |  |
|  | 区分 | □使用成績調査  □特定使用成績調査  □副作用・感染症報告  □その他(　　　　　　　　　　) |
|  | □医薬品　□医療機器 |

※記載不要

西暦　 年 月 日

**製造販売後調査依頼書**

福岡大学病院長　殿

　調査依頼者

　 住 所

　 名 称

　 代表者　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、製造販売後調査の実施をお願いいたしたくご依頼申し上げます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品/医療機器名 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 調査担当代表医師 | 所属：　　　　　　　職名：　　 氏名： |  |
|  | 所属：　　　　　　　氏名： |  |
| 調査担当医師 | 所属：　　　　　　　氏名： |  |
|  | 所属：　　　　　　　氏名： |  |
| 調 査 期 間 | 西暦 　 年 　 月　　　日 ～ 西暦　 　 年　 月 　 日 |  |
| 予 定 症 例 数 | 症例（1症例につき　　調査票） |  |
| 費　　 用 | 調査経費： 　　 円（消費税別） 間接費： 　 　 円（消費税別） |  |
|  |
|  | □実施要綱 |  |
| 添 付 資 料 | □登録票見本 |
| □調査票見本 |  |
| □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  | 所 属： 　 氏 名：  　T E L： 　　 F A X：  携帯番号： |  |