# Ｐ様式１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※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

**製造販売後調査申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所 属 長 |  |
| 福岡大学病院長　殿 |  |  |
|  |  |  |

　 　　　　　　調査担当代表医師

　　　　　 所属

職名

　 　　　　　氏名　　　　　　　　　　　 　印

　下記のとおり、製造販売後調査を実施いたしたく申請申し上げます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品/医療機器名 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 所属：　　　 氏名： |  |
|  | 所属：　　　　　氏名： |  |
|  | 所属：　　　　　氏名： |  |
| 調　査　期　間 | 西暦　 　 　年 　　月　 　日 ～ 西暦　　 　年　 　月 　　日 |  |
|  | 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） |