調査書式21

年 月 日

**調 査 依 頼 書**

横浜市立市民病院長

依頼者

所在地：

名 称：

代表者：

担当医師（調査責任医師）

所　属：

氏　名： 印

診療科の長（承認）： 印

下記の製造販売後調査の実施を依頼したく申込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医薬品等名称 | 商品名 |  | 一般名 |  |
| 調査名 |  | | | |
| 調査種別 | □使用成績調査　　□特定使用成績調査　　□その他： | | | |
| 担当医師  （調査分担医師） | （担当医師が調査責任医師のみの場合は記載不要） | | | |
| 調査実施期間 | 契約締結日 ～ 年 　月 　 日 | | | |
| 調査実施予定例数 | 例 | | | |
| 予定費用 | 調査委託料 1症例　　　　　　　円  1症例に対し複数調査票がある場合（1調査票あたり　　　　　円×　　　調査票）  合計（全例調査の場合は記載不要）　　　　円（管理経費・間接経費・消費税は別途） | | | |
| 依頼者の連絡先 | 所属・氏名： | | | |
| TEL: FAX: | | | |
| 添付資料 | □製造販売後調査実施要綱  □製造販売後調査調査票  □製造販売後調査登録票  □製品情報概要  □その他（ 　　） | | | |
|