西暦　　　　　年　　　月　　　日

製造販売後調査等申込書

実施医療機関の長

公立大学法人　横浜市立大学附属病院（又は附属市民総合医療センター）　病院長　殿

依　頼　者

（名称）

（代表者氏名）

下記の製造販売後調査等について申込みます。なお、本調査の実施及び支払われる費用について、実施診療科等の長及び調査責任医師に確認し、承諾を得ています。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査対象品目名 |  | 一般名 |  |
| 区分 | [ ]  再審査申請　[ ]  再評価申請　[ ]  自主的調査　[ ]  その他（　　　　　　　　） |
|  | [ ]  医薬品　　　[ ]  医療機器　　[ ]  再生医療等製品 |
| 調査種類 | [ ]  一般使用成績調査　　[ ]  特定使用成績調査　[ ]  使用成績比較調査[ ]  副作用・感染症報告　[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調査課題名 |  | 試験番号 |  |
| 調査票回収 | [ ]  有　[ ]  無（登録のみ） |
| 予定数 | 症例数：　　症例　　　調査票数：　　分冊　　　1症例当たり：　　分冊 |
| 実施期間 | 契 約 締 結 日　　　～　　　西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 調査責任医師 | 診療科等：　　　　　　　　　氏名： |
| 調査分担者医師 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 添付資料 | [ ]  実施要綱（作成年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日）[ ]  添付文書（作成年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日）[ ]  調査票の見本（作成年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日）[ ]  経費内訳書（初回契約時/作成年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日）[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者連絡先（書類送付先） | 所在地：〒所属：　　　　　　　　　　　氏名：電話番号：　　　　　　　　　Email： |