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： | | | | | |