

申請書提出日を記入してください

製造販売後調査申請書

国立大学法人群馬大学医学部附属病院長 殿

病院の診療科名を記入してください。調査責任医師は助手以上の医師にしてください。医員（非常勤医師）は不可。

診療科(部)名 科

診療科(部)長

主任医師名

印

印

調査部門の長のお名前でも契約可能です。契約書の依頼者名と同名にしてください。

調査依頼者

住所 東京都 区 1-1

法人名 製薬株式会社

氏名 代表取締役

印

下記のとおり、製造販売後調査の実施を申請しますので許可をお願いします。

記

調査題目及び種類	カプセルの使用成績調査 ↳使用成績調査 特定使用成績調査 副作用・感染症報告		
対象医薬品等の概要 (品名・一般名・剤形・規格・適応症・用法用量・副作用及び使用上の注意)	概要をできるだけまとめて記載してください。 副作用、使用上の注意などが欄内に記載できない時は、A4の別紙1枚にまとめて添付してください。 ↳医薬品 医療機器		
実施診療科(部)	科	調査責任医師	
調査分担医師	調査票を記入する可能性のある医師を分担医師として全員記入してください。		
調査依頼社名	製薬株式会社		
契約期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 3月 21日		
計画上の調査期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
厚生労働省への調査計画の届出有無 (副作用・感染症報告の場合は記入不要)	↳有 ( ) 契約締結予定日を記入してください。原則として、申請した翌月の第1稼働日となります。	調査責任医師は当院の医師、もしくは医学部医学科及び保健学科に籍をもち当院で診療を行なっている医師にしてください(医員(非常勤医師))は不可。	契約終了日は原則として年度末の日付にしてください。複数年契約も可能です。原則として最長5年。
契約症例数	症例	報告書作成回数	回 / 症例
調査の必要性及び概要	副作用・感染症報告の場合は「カプセルによる の詳細調査のため」と記載してください。		
除適用外検査	↳無 有 ( )		
担当者及び書類送付先	住所: 契約書・納入告知書の返送先を記入してください。 所属: 氏名: TEL: FAX:		
備考			