

## 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

診療科(部)名  
 診療科(部)長 印  
 調査責任医師名 印

調査依頼者  
 住所  
 法人名  
 氏名 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<br>及び種類   | <input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 |               |       |
| 対象医薬品等の概<br>要<br><br>(品名・一般名・剤形・<br>規格・適応症・用法用<br>量・副作用及び使用<br>上の注意) | <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> その他( )           |               |       |
| 実施診療科(部)   |  | 調査責任医師        |       |
| 調査分担医師   |  |               |       |
| 調査依頼社名   |  |               |       |
| 契約期間   | 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日  |               |       |
| 実施計画上の調査期<br>間   | 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日  |               |       |
| 厚生労働省への調査<br>計画書等届出の有無<br>(副作用・感染症報告<br>の場合は記入不要)                    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | 製造販売<br>承認年月日 | 年 月 日 |
| 契約症例数  | 症例   | 報告書作成回<br>数   | 回/症例  |
| 調査の必要性<br>及び概要   |  |               |       |
| 保険適用外検査  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )   |               |       |
| 担当者及び書類送付<br>先   | 〒 住所:<br>所属: 氏名:<br>TEL: FAX:  |               |       |
| 備考   |  |               |       |