

様式第9号の記入例 新規申請の製造販売後調査申請書（様式第1号）と同様に記載してください

様式第9号

管理番号
西暦 年 月 日

製造販売後調査申請書（継続用）

書類提出日を記載してください。

国立大学法人群馬大学医学部附属病院長 殿

診療科（部）名 ▲▲科
診療科（部）長 ○○○○
調査責任医師名 ◆◆◆◆

印

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 <input checked="" 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療用具 <input type="checkbox"/> その他 ()	
実施診療科（部）	調査責任医師	初回契約の締結日を記入してください。
調査分担医師		
調査依頼社名		
契約期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 3月 31日	
実施計画上の調査期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日	
契約症例数	15例（内追加症例 5例）	
報告書作成回数	2回／症例	
調査の概要		
実施状況	前年度契約症例数：10例（実施中例数：5例 完了・脱落例数：3例 未登録例数：2例）	
継続申請理由		
前年度継続中に生じた問題点等	当該年度の実施状況を記載してください。継続書類提出時の状況で結構です。	
保険適用外検査	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（)	
担当者及び書類送付先	住所： 契約書・請求書・通知書類の返送先を記入してください。 所属： 氏名： TEL： FAX：	
備考		

契約期間終了日は、契約期間延長後の契約終了予定日を記入してください。原則として年度末の日付にしてください。複数年の延長も可能です。

症例を追加する場合は、症例追加後の契約症例数を記載してください。