西暦　　　　年　　月　　日

受託調査依頼書

福島県立医科大学会津医療センター附属病院長　殿

調査依頼者

（住所）〒

（TEL）

（名称）

（職・氏名）　　　　　　　　　　　　 印

診療科等の長

（診療科等）

（職・氏名）　　　　　　　　　　　　 印

福島県立医科大学会津医療センター附属病院医薬品等製造販売後調査実施細則を遵守のうえ、下記の調査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査課題名 |  |
| 調査の目的及び内容 |  |
| 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・感染症報告等 |
| 対象医薬品等の概要 | □ 医薬品　　　　□ 医療機器　　　□再生医療等製品  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 予定症例数 | 例 |
| 調査期間 | 契約締結日　～　西暦　　年　　月　　日 |
| 調査担当者  職・氏名（診療科） |  |
| 依頼者担当者  連絡先 | 氏　名：　　　　　　　　　　　所　属：  TEL：　　　　　　　FAX：　　　　　　　　Email： |

添付資料一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査内容 | 資料名 | 作成年月日 | 版番号 |
| 使用成績調査　　　特定使用成績調査 | □実施要綱　※必須 | 西暦　　年　　月　　日 |  |
| □添付文書　※必須 | 西暦　　年　　月　　日 |  |
| □その他（　　　　　　） |  |  |
| □調査票及び登録票※必須 |  |  |
| □受託調査費計算書　※必須 | 西暦　　年　　月　　日 |  |
| 副作用・感染症  報告等 | □インタビューフォーム　※必須 | 西暦　　年　　月　　日 |  |
| □調査票　※必須 |  |  |
| □受託調査費計算書　※必須 | 西暦　　年　　月　　日 |  |