

西暦 20××年 ×月 ×日

受託調査依頼書

(押印後) 依頼書等一式を提出される日を記入して下さい。

福島県立医科大学附属病院長 様

調査依頼者様 (契約権のある代表者) の住所・代表者名等を記入して下さい。(また、契約締結後に、変更になった場合には、速やかにご連絡下さい)

調査依頼者

(住所) 〒×××-×××× (TEL) 024 (〇〇〇) △△△△ (名称) ※※製薬株式会社 (職・氏名) 代表取締役社長 ○○○○ 印

診療科等の長

(診療科等) □□□□科 (職・氏名) 教授 ■■■■ 印

福島県立医科大学附属病院医薬品等臨床試験実施細則を遵守のうえ、下記の調査を依頼いたします。

記

実施要綱記載の調査内容を3~6行程度にまとめて記入して下さい。

Table with 2 columns: Field (e.g., 調査の目的及び内容, 種類, 対象医薬品等の概要) and Value (e.g., 製造販売後の使用実態下における、〇〇疾患に対する本剤の安全性及び有効性の確認、並びに問題点等を迅速に把握し、医療関係者への評価等を遅延無く厚生労働省へ報告することを目的とする。)

期間内に情報収集可能な症例数を記入して下さい。

調査担当者より、事務担当者を1名選出して下さい。

調査を担当するすべての医師を記入して下さい。また、契約診療科以外の医師は、契約診療科に兼務がかかっている場合を除き調査担当者にはなれません。

添付資料一覧

Table with 4 columns: 調査内容, 資料名, 作成年月日, 版番号. Lists required documents like 実施要綱, 添付文書, 調査票, etc.

カタログはその他になります。

(押印後) 依頼書等一式を提出される日を入れて下さい。