西暦　　　　年　　月　　日

受託調査依頼書

福島県立医科大学附属病院長　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 |  |