記入例

書式　1

西暦　　年　　月　　日

受 託 調 査 依 頼 書

日付は診療科の長の押印を取得した日を記載させていただきますので、空欄でご提出をお願いいたします。

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）024（〇〇〇）△△△△
（名称）※※製薬株式会社
（職・氏名）代表取締役社長　◎◎◎◎

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）

診療科等の長
（診療科等）□□□□科
（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。

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。

記

調査課題名	△錠の使用成績調査
調査の目的及び内容	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。
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	3 例
調査期間	契約締結日　～　西暦 20××年　●月　●日
調査担当者職・氏名（診療科）	准教授 ※※※、講師 〇〇〇〇、助教 ▽▽▽▽、 助教 ●●●●（□□□□科）
依頼者担当者連絡先	氏　名：◎◎※※　　所　属：※※製薬株式会社 TEL：　　FAX：　　Email：

期間内に情報収集可能な症例数を記入して下さい。

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 20××年　▽月　×日	第●版
	■添付文書　※必須	西暦 20××年　▽月　×日	第×版
	■その他（同意説明文書）	西暦 20××年　▽月　×日	第〇版
	■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	
	□調査票　※必須		
	□受託調査費計算書　※必須	西暦　年　月	

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。

日付は診療科の長の押印を取得した日を記載させていただきますので、空欄でご提出をお願いいたします。