様式1

 年 月 日

製造販売後調査依頼書

石巻赤十字病院長　様

調査依頼者

住 所

会 社 名　　　　　　　　　　 印

代表者名　　　　　　　　　　 印

下記のとおり、調査の実施をお願いしたく依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 製品名（一般名） |  |
| 調査区分 | □使用成績調査□特定使用成績調査 | □副作用・感染症報告□その他（　　　　　　　） |
| 調査課題名 |  |
| 調査の内容 |  |
| 調査責任医師 | 所属・職名： | 氏名：　　　　　　　　　　　　印 |
| 調査実施期間 | 契約締結日　～　　　　年　　月　　日 |
| 調査予定症例数 | 例 |
| 調査受託料 | １症例（１分冊あたり）　　　　　　円（税込）最大　分冊 |
| 担当者連絡先 | 所属・氏名：電話番号（FAX番号）：（）メールアドレス： |