西暦　　　年　　　月　　　日

**製造販売後調査 実施申請書**

独立行政法人地域医療機能推進機構

船橋中央病院

病院長　殿

 　　　　調査依頼者　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　押印省略

　　　　　　　　　　　　　　　　調査責任医師　診療科

氏名　　　　　　　　　　　押印省略

下記の通り医薬品の製造販売後調査に実施について申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名 |  |
| 調査区分 | □一般使用成績調査　　　　　　□特定使用成績調査 |
| 調査目的 |  |
| 実施予定期間 | 　西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 予定症例数 | * 症例 （１症例あたり　　調査票）
* 全例調査（１症例あたり　　調査票）
 |
| 調査分担医師 |  |
| 診療部長（了承済） | 調査責任医師が診療部長でない場合のみ記載氏名　　　　　　　　　　　　　診療科 |
| 依頼担当者連絡先 | 氏名　　　　　　　　 　所属住所E-mail　　　　　　　 　TEL |

**製造販売後調査 実施許可通知書**

依頼者　　　　殿

調査責任医師　殿

申請のあった製造販売後調査について、実施を許可いたします。

西暦　　　　年　　月　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構

船橋中央病院

病院長　　　　　　　　　　　　押印省略