**副作用・感染症 調査依頼書**

　　西暦　 年 　 月 　日

独立行政法人地域医療機能推進機構

船橋中央病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者 　　　　　　　　　押印省略

下記のとおり、副作用・感染症調査を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医薬品名 | |  | |
| 調査担当医師 | | 診療科　　　　　　　　医師名 | |
| 調査症例数 | | 例 | |
| 経費 | 1. 調査費 | 1症例1調査票あたり |  |
| 1. 事務費 | 調査費×10% |  |
| 1. 管理費 | （調査費＋事務費）×30% |  |
| 1. 消費税額 | 1. ＋②＋③）×消費税率 |  |
| 合計 | |  |
| 調査依頼者の担当者連絡先 | | 氏名  所属  住所  E-mail  TEL | |

|  |
| --- |
| **副作用・感染症 調査許可通知書**  副作用・感染症調査依頼者　殿  副作用・感染症調査医師　殿  上記の医薬品・医療機器等安全性情報の調査について実施を承認します。  西暦　　　年　　月　　日  独立行政法人地域医療機能推進機構  船橋中央病院長　　　　　　　　　　　押印省略 |