|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | － |
| 区　分 | □医薬品　□医療機器  □再生医療等製品 |

製造販売後調査依頼書

和暦　　年　　月　　日

地方独立行政法人 埼玉県立病院機構

埼玉県立小児医療センター病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　製造販売後調査依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者 　　 　 印

地方独立行政法人 埼玉県立病院機構 埼玉県立小児医療センターにおける医薬品等の製造販売後調査の実施に関する規定に基づき、下記のとおり製造販売後調査の実施を依頼します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品等名 |  | |
| 調査種類 | □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・感染症報告詳細調査 | |
| 調査課題名 |  | |
| 調査目的 |  | |
| 調査方法 |  | |
| 調査予定期間 | 【開始】和暦　　年(20 年)　　月　　日 ～【終了】和暦　　年(20 年)　　月　　日  【調査終了報告書の提出時期】和暦　　　年(20 年)　　月　　日 [予定] | |
| 契約期間 | 【開始】　契約締結日　～　【終了】和暦　　年（20 年）　　月　　日 | |
| 実施責任医師 | 診療科名：　　　　　　　　　　 氏　名： | |
| 症例数 | 症例 | |
| 調査票数 | 1症例あたり　　　調査票 | |
| 調査委託経費 | 調査委託経費の総額 円（うち消費税：　　　　　　円） | |
| 1調査票の単価　　　　　　　　　　　　　円（税抜） | |
| 納入の方法　納入通知書により県庫納入 | |
| その他特記事項 |  | |
| ※調査実施責任医師 | | 氏 名 印 |

※印は、地方独立行政法人 埼玉県立病院機構 埼玉県立小児医療センターの調査実施責任医師が記入する。