西暦　　 年 月　 日

　　医薬品・医療機器の製造販売後調査等依頼書

トヨタ記念病院　病院長　殿

　（調査責任医師）

所属・職名　　　　科・科部長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（調査依頼者）

住所　  
名称

代表者　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　印

下記の製造販売後調査等を依頼いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品・医療機器名 |  | |
| 調査区分 | 使用成績調査　　　特定使用成績調査　 その他（　　　　　　　　　　） | |
| 調査目的 | ※調査票に、手続き要綱に規定する個人情報を含む　含まない | |
| 調査責任医師 | 所属・職名： 　　　　　科・科部長 　　　氏名： | |
| 調査業務全般を担う  分担医師・協力者  (所属・氏名)  **※必要な場合のみ記載** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 調査期間 | 西暦　　　 年　　月　　日(契約締結日)～西暦　　　　 年　　　月　　　日 | |
| 予定症例数 | 例 | |
| 1症例あたりの分冊数 | 冊（①） | |
| 調査経費 | 報告書作成経費：　　　　円/1症例・1分冊（税別）（②）  管理的経費：　　　　　　 円/1症例・1分冊(税別)（③）  1症例完遂した場合の調査経費：　　　　　　　円[（②＋③）×①](税別)  **税込　　　　　　　　　　　円　（内、消費税　　　　　　　円）** | |
| 調査依頼者の 担当者連絡先 | 所属： 　　　　　　　　　　　　　氏名：  TEL： 　　　 　FAX：  E-mail： | |