西暦　　　　　　年　　月　　日

製造販売後調査申請書

（使用成績調査・特定使用成績調査）

独立行政法人地域医療機能推進機構

札幌北辰病院長　　殿

診療科名

診療科部長　　　　　　　　　　　　　　印

調査責任医師　　　　　　　　　　　　　印

独立行政法人地域医療機能推進機構　札幌北辰病院における下記の製造販売後調査の実施を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象医薬品名 |  |
| 調査の種類 | １．使用成績調査　　　　２．特定使用成績調査 |
| 調査の内容 |  |
| 調査予定症例数 | 例 |
| 調査期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 調査依頼者 | 所在地  会社名  代表者名 |
| 担当医師名（責任医師を除く全員） |  |
| 調査依頼者連絡先 | 所属・氏名  TEL　　 　　　　　E-mail |