西暦　　　　　　年　　　月　　　日

副作用・感染症調査依頼書

独立行政法人地域医療機能推進機構

札幌北辰病院長　殿

依頼者

住　所：

会社名：

責任者名：　　　　　　　　　　　　　　　印

独立行政法人地域医療機能推進機構　札幌北辰病院「副作用・感染症調査に関する規定」に基づき、下記の医薬品について副作用・感染症調査の実施を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象医薬品名 |  | | |
| 調査の目的 | 製造販売後における当該医薬品の副作用・感染症情報の収集 | | |
| 調査予定症例数 | 例 | | |
| 担当診療科 | 科 | 部長名 |  |
| 調査担当医師 |  | | |
| 備考 |  | | |