**医薬品等製造販売後調査依頼書**

西暦　　　　年　　月　　日

滋賀医科大学医学部附属病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 調査依頼者 |  |
| 住所： |  |
| 名称： |  |
| 代表者： |  |

　滋賀医科大学医学部附属病院医薬品等製造販売後調査取扱規程を遵守の上，以下のとおり製造販売後調査を依頼したいので，お願いします。

１．調査課題名　

２．調査区分及び目的

　　　①　区　分　　 医薬品  医療機器  再生医療等製品  
 一般使用成績調査  特定使用成績調査  使用成績比較調査

　　　②　目　的　　

３．調査に要する経費：実績払い

１調査票あたり金　　，　　　円（別添算定内訳書のとおり）

４．調査期間：契約締結日　～　西暦　　　　年　　月　　日

５．予定症例数：　症例（各　調査票）

６．医薬品等名：

７．製造販売会社名：

８．調査責任医師所属・氏名：

９．その他：