

整理番号	
区分	1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査 3. 副作用・感染症報告

西暦 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

### 製造販売後調査依頼書

独立行政法人 国立病院機構  
高崎総合医療センター 院長 殿

調査依頼者  
高崎製薬株式会社  
高崎 高松  
調査責任医師  
群馬 太郎

下記の調査を依頼いたします。

#### 記

医薬品名/医療機器名	AAA	調査実施計画書番号	1234
調査課題名	AAA 使用成績調査		
目標とする被験者数(予定)	患者数： _____ ○ _____ 例(人) ・ 全例 症例報告書数： _____ ▲ _____ 冊 / 1例(人)		
症例報告書の媒体	( <u>紙</u> ・ 電子 ・ _____ )		
契約期間	契約締結日 ~ 西暦 _____ 年 3 月 31 日		
調査責任医師 / 診療科	調査責任医師名 / 診療科		
担当者連絡先	会社名：高崎製薬株式会社 住所：群馬県高崎市 36 氏名：高崎 二郎 TEL：027-322-5901 FAX：027-322-0161 Email：205-chihango@mail.hosp.go.jp		
備考			

年度末でお願いします。  
それ以外を希望の際は、  
要相談とさせていただきます。

#### 添付資料一覧

審査事項 (添付資料)	<input checked="" type="checkbox"/> 実施要綱	( ○ 年 ○ 月 ○ 日、○ 版)
	<input checked="" type="checkbox"/> 調査票の見本	( ○ 年 ○ 月 ○ 日、○ 版)
	<input checked="" type="checkbox"/> 添付文書またはインタビューフォーム	( ○ 年 ○ 月 ○ 日、○ 版)
	<input checked="" type="checkbox"/> 症例登録票	( ○ 年 ○ 月 ○ 日、○ 版)
	<input checked="" type="checkbox"/> 受託研究積算書	( _____ 年 _____ 月 _____ 日、○ 版)
	<input checked="" type="checkbox"/> 分担医師リスト	( _____ 年 _____ 月 _____ 日、○ 版)
	<input type="checkbox"/> 同意説明文書・同意書	( _____ 年 _____ 月 _____ 日、版)
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	( _____ 年 _____ 月 _____ 日、版)	

添付資料に  を付け、作成日・版の記入をお願いします。