

整理番号	
区 分	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 使用成績比較調査
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

## 製造販売後調査依頼書

西暦 年 月 日

岩手医科大学

長 殿

依頼者

名 称

代表者 \_\_\_\_\_ 印

調査責任医師

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記の通り、製造販売後調査をお願いいたしたくご依頼申し上げます。

記

調査薬・調査機器名	
適応（対象疾患）	
調査課題名	
申請科名	
調査分担医師	
調査実施期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日
予定症例数	例
調査票形態	<input type="checkbox"/> Book Type <input type="checkbox"/> Visit Type ( 分冊)
依頼者担当連絡先	氏名： _____ 所属： _____ TEL： _____ FAX： _____
備 考：	

- ※提出書類：(1)依頼書 (2)契約書〈2部〉(3)経費覚書〈2部〉  
 (4) 医薬品リスク管理計画書（又は調査基本計画届書）の写し  
 (5)調査実施要綱 (6)調査票 (7)DIパンフレット等  
 〈副作用・感染症報告については(2)、(3)のみ提出〉