

該当箇所を「■」としてください→

整理番号	
区分	☐ 製造販売後調査 ☐ 副作用・感染症報告
	☐ 医薬品 ☐ 医療機器 ☐ 再生医療等製品

西曆 年 月 日

製造販売後調査依頼書

↑当院にて全ての申請書類を確認後に記載
しますので空欄のままお願いします

弘前大学医学部附属病院 病院長 殿

調査依頼者
住 所：〒

名 称：
代表者：

←契約者名を記載してください
(押印不要)

診療科（部）名：
診療科（部）長：
調査責任医師

所属：例) 呼吸器内科, 感染症科

氏名： ↑区切り文字は「.」としてください

下記の製造販売後調査を依頼いたします。

記

実施要綱の番号を記載してください
↓番号がない場合は「-」としてください

医薬品等名			製造販売後調査 実施計画書番号	
調査課題名				
調査の目的 及び内容	↓該当箇所を「■」としてください			
調査の種類	☐ 全例調査 ☐ 一般使用成績調査 ☐ 特定使用成績調査 ☐ 使用成績比較調査 ☐ 副作用・感染症報告			
実施予定症例数	例	1 症例あたりの報告書作成数		部／症例
実施要綱の調査期間	西暦	年	月	日
契約期間	西暦	年	月	日
担当者連絡先	住所：〒 会社名： 部署名： 氏名： TEL： FAX： Email			

→
全例調査で
あっても設定
の上、記載し
てください

↓該当箇所を「■」としてください

添付資料一覽

↓作成年月日・版数を記載してください

資料名	作成年月日	版表示
☐ 調査実施要綱	年 月 日	
☐ 調査票の見本	年 月 日	
☐ 添付文書	年 月 日	
☐ インタビューフォーム（医療機器の場合は不要）	年 月 日	
☐ 説明文書、同意文書	年 月 日	
☐ その他（ ）	年 月 日	
（ ）	年 月 日	