

記載不要です→

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

西暦 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をお願いします

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

医薬品等名			製造販売後調査 実施計画書番号	「-」としてください
調査課題名	課題名には医薬品名・医療機器名を必ず記載してください			
調査の目的 及び内容				
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 ～ 西暦 年 月 日
契約期間	契約締結日 ～ 西暦 年 月 日			
担当者連絡先	住所：〒 ↑ 契約終了日は調査終了日と同日となります			
	会社名： 部署名：			
	氏名：			
	TEL： 申請書類、契約書について FAX：			
	Email 実際にやり取りをする担当者様で記載してください			

該当箇所を
「■」として
ください→

調査開始日は
副作用発現日
となります→

← 調査終了
日は申請月
より5ヵ月後
の末日となり
ます

↓ 該当箇所を「■」としてください

添付資料一覧

↓ 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	

注）本書式は調査依頼者が調査責任医師の合意のもと、正本を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。