

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

製造販売後調査分担医師リスト（☐新規 ☐変更）
新規を「■」としてください↑

↑提出日は責任医師確認日以降の日付を記載してください

実施医療機関の長

弘前大学医学部附属病院 病院長 殿

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において、下に示す者を製造販売後調査分担医師として業務を分担し
たく提出いたします。

記

医薬品等名	●●錠
調査課題名	●●錠 一般使用成績調査

調査分担医師の氏名及び所属

氏名	所属
●● ●●	●●科, ●●科

西暦 年 月 日

↑記載不要です

上記の製造販売後調査において、製造販売後調査分担医師のリストを了承いたします。

実施医療機関の長

弘前大学医学部附属病院 病院長

注）本書式は調査責任医師が正本を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長は書式下部の了承日及び実施医療機関の長欄を記載し保存する。実施医療機関の長は調査責任医師及び調査依頼者にその写を提出する。