|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | （ B・C・D ）― |
| 区　　分 | 製造販売後調査 |
| □医薬品　　□医療機器　□再生医療等製品 |

**鹿大調査書式４（Ver.6.1）**

**該当する方を○で囲む**

**一般使用成績調査 → B**

**特定使用成績調査・使用成績比較調査 → C**

**固定版提出時に記載**

西暦　　　　年　　月　　日

**鹿児島大学病院　依頼者等登録書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験薬 | | 商品名 |  | | 一般名 |  |
| 調査課題名 | | **鹿大書式1に記載した担当診療センター・診療科** | | | | |
| 担当診療センター(部)・  診療科名 | | センター（部）・　　　　　　　　　　　　科 | | | | |
| 調査責任医師名 | | ○○　○○ | | | | |
| 契約書関連 | 契約書に記載する  調査依頼者名等 | 住所: | **所属・役職は記載不要** | | | |
| 名称: | ○○株式会社 | | | |
| 代表者: | 代表取締役社長　○○　○○  **以下６項目のいずれか１つでも該当する場合は業務委託とみなします。**   1. **本調査の調査依頼、契約締結に関する業務** 2. **本調査のモニタリングに関する業務** 3. **調査担当医師への調査実施要綱等の説明に関する業務** 4. **調査票の回収に関する業務** 5. **本調査に係る費用の支払いに関する業務** 6. **本調査の終了に関する業務** | | | |
| 契約書に記載する  開発受託機関名等  （必要な場合のみ  記入お願いします） | 住所: |  | | | |
| 名称: |  | | | |
| 代表者: |  | | | |
| 契約書等送付先住所及び宛名 | 〒  **原則として書類の送付先は1箇所** | | | | |
| 連絡先 | 調査依頼者  担当者連絡先 | 会社名・所属: | | ○○株式会社　○○営業所 | | |
| 担当者名: | |  | | |
| 電話番号: | | **調査の窓口がCRO担当者の場合、調査依頼者の担当者連絡先は記載不要** | | |
| E-mail: | |  | | |
| FAX: | |  | | |
| 住所: | | 〒 | | |
| 開発受託機関  担当者連絡先  （必要な場合のみ  記入お願いします） | 会社名・所属: | |  | | |
| 担当者名: | |  | | |
| 電話番号: | |  | | |
| E-mail: | |  | | |
| FAX: | |  | | |
| 住所: | | 〒 | | |