西暦　　　　年　　月　　日

調査依頼書

実施医療機関の長

鹿児島大学病院長　殿

調査依頼者

（名称）

（代表者）

 調査責任医師

（氏名）

下記の調査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査実施計画書番号 |  |
| 被験薬 | 商品名 |  | 一般名 |  |
| 調査課題名 | ■ 新規依頼 |
|  |
| 調査の種類 | □ 一般使用成績調査　　□ 特定使用成績調査　　□ 使用成績比較調査 |
| 目標とする症例数 | 全例 |
| 契約期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　年 3 月 31 日 |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版番号 |
| ■調査責任医師及び調査分担医師となるべき者の氏名を記載した文書（リスト） |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| ■製造販売後調査進捗状況確認表 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| ■調査実施計画書又は実施要綱 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| ■調査薬概要書（インタビューフォーム） |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| ■調査票の見本 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □その他 |
| □説明文書、同意文書 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □被験者の安全等に係る報告 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □調査の現況に関する資料 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □ |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |