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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験薬 | 商品名 |  | 一般名 |  |
| 調査課題名 | ■新規依頼 |
|  |
| 調査の種類 | ■副作用・感染症報告 |
| 目標とする症例数 | 1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 |  |
| □その他 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |