|  |  |
| --- | --- |
| 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）**

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 | |  | | | | |
| 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: |  | | | |
| 名称: |  | | | |
| 代表者: |  | | | |
| 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 | 〒 | | | | |
| 連絡先 | 調査依頼者  担当者連絡先 | 会社名・所属: | |  | | |
| 担当者名: | |  | | |
| 電話番号: | |  | | |
| 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: | | 〒 | | |