調査　書式1

西暦　　年　　月　　日

医薬品等製造販売後調査依頼書

名古屋市立大学病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 調査責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名：

 　　氏名(署名)：

下記のとおり調査の実施を依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品等名称 |  |
| 区　分 | □再審査　□再評価　□副作用・感染症報告※ |
| □使用成績調査　□特定使用成績調査　□その他( 　 ) |
| 調査分担医師（氏名のみ） |  |
| 調査予定期間 | 契約締結日　～　西暦　 　年　　月　　日 |
| 契約期間 | 契約締結日　～　西暦　 　年　　月　　日 |
| 調査予定症例数 | 例 |
| 委託料（消費税別\*）（１症例あたり　最大＿＿調査票） | １調査票あたりの調査費用：管理費（調査費用の30％）： | 円円 |
| \*　契約締結後、消費税法（昭和６３年法律第１０８号）の改正等によって消費税額に変動が生じたときは、甲は、委託料に相当額を加減して支払うものとする。 |
| 調査依頼者の担当者連絡先 | 所属 ：氏名：電話番号： |
| 添付資料※（副作用・感染症報告の場合を除く） | 実施計画書医薬品等製造販売後調査の要約（調査　書式8）添付文書（２部）、インタービューフォーム（1部、但し、医療用医薬品 情報検索 サイトにて電磁的にダウンロード可能な場合、提出不要とする）症例報告書の見本または調査集積項目が確認できるもの（例：EDC入力マニュアルなど）その他委員会が必要と認める書類 |