西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査依頼書

実施医療機関の長

北海道大学病院　病院長　殿

製造販売後調査依頼者

（名称）

（代表者）

下記の製造販売後調査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品等名 |  |
| 製造販売後調査課題名 |  |
| 調査の目的 |  |
| * 介入や実験的項目が加えられた調査である。（多施設共同研究、対照群のデータ収集等）※該当する場合、継続審査が必要となります。
 |
| 予定被験者数 | 　　　例 |
| 調査の期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　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 | 版表示 |
| □実施要綱　※副作用・感染症報告の場合は不要 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □調査票 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □添付文書　※副作用・感染症報告の場合は不要 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □インタビューフォーム　※副作用・感染症報告の場合は不要 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |
| □その他 |
|  | 西暦　　　　年　　月　　日 |  |