西暦　　年　　月　　日

**実施申請書（製造販売後調査等）**

　〇〇〇病院

病　院　長　　殿

製造販売後調査等担当医師

所属・職名：

　　　　　　　署名・記名：

下記のとおり製造販売後調査を実施いたしたく、申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 |  |
| 課題名 |  |
| 審査事項 | □実施の適否　□継続の適否  □変更の適否　□その他( 　) |
| 予定期間  予定症例数 | 契約日　～　西暦　　年　　月　　日  予定症例数　　　症例（エントリー期限　西暦　年　月） |
| 調査区分 | □一般使用成績調査　□特定使用成績調査  □使用成績比較調査　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 使用薬剤（医療機器）名 |  |
| 備　　考 |  |