

様式 1

令和 年 月 日

製造販売後調査実施依頼申請書

富士宮市立病院 院長
様

製造販売後調査依頼者
住 所
名称（氏名）
代表者名

印

下記のとおり、医薬品の製造販売後調査の実施を委託したく、申請します。

言 己

調 査 課 題 名	
医 薬 品 の 名 称 規 格 ・ 剤 形	
調 査 の 目 的 及 び 方 法	
使 用 理 由 名	
担 当 診 療 科	
調 査 代 表 医 師	氏 名
調 査 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
予 定 症 例 数	例
調 査 費 用	1 症例あたり 円（税別）
依 頼 者 の 製 造 販 売 後 調 査 管 理 責 任 者 連 絡 先	