

様式 1

平成 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。

記

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	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
予定症例数	例
調査費用	1症例当たり 円（税別）
依頼者の 製造販売後調査管 理責任者連絡先	