（様式　１）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

小樽市立病院

院長　　有 村　佳 昭　　殿

会社名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

医薬品製造販売後調査（使用成績調査/特定使用成績調査/副作用・感染症調査）実施申込書

小樽市立病院における製造販売後調査取扱い規程を遵守の上、下記内容により製造販売後調査の委託を申込みます。

記

１．　依頼者名

２．　調査担当医師（所属・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

３．　調査対象医薬品名

４．　調査の区分（該当項目の　　にレ印）

使用成績調査

特定使用成績調査

副作用・感染症調査

５．　調査目的

６．　調査予定症例数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症例

７．　調査期間　　　　　　　　　　　　 使用成績調査又は特定使用成績調査の場合

契約締結日　～　令和　　　年　　　月　　　日

副作用・感染症調査の場合

副作用発生確認日・令和　　　年　　　月　　　日　～　調査終了日

８．　備考