様式１）製造販売後調査依頼書

一般財団法人住友病院　病院長　殿

〔調査代表医師〕

（所属）

（職名）

（氏名） 印

〔調査依頼者〕

（住所）

（名称）

（職名）

（代表者） 印

下記のとおり、製造販売後調査の実施をご依頼申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 依頼内容 | □新規　□変更 |
| 依頼日 | 西暦）　　　年　　月　　日 |
| 調査品名 |  |
| 調査区分 |  |
| 調査対象疾患 |  |
| 調査目的 |  |
| 契約期間 | 契約締結日　～　西暦）　　　年　　月　　日 |
| 予定症例数 |  |
| 備考  （変更の場合は変更内容） |  |