様式２）製造販売後調査担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 調査品名 |  |
| 調査診療科 |  |
| 調査区分 |  |
| 調査対象疾患 |  |
| 契約期間 | 契約締結日　～　西暦）　　　年　　月　　日 |
| 予定症例数 |  |

・担当者交代時は随時

・担当者交代がない場合も、毎年３月末

に担当者連絡先を追記して報告してください（変更がない場合も追記）

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日 | 西暦）　　　年　　月　　日 |
| 会社名 |  |
| 会社住所 |  |
| 担当者名 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 携帯番号 |  |
| Fax番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日 | 西暦）　　　年　　月　　日 |
| 会社名 |  |
| 会社住所 |  |
| 担当者名 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 携帯番号 |  |
| Fax番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日 | 西暦）　　　年　　月　　日 |
| 会社名 |  |
| 会社住所 |  |
| 担当者名 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 携帯番号 |  |
| Fax番号 |  |

以下、次ページ以降は表を追加して記載