|  |  |
| --- | --- |
| 院　長 | 委員長 |
|  |  |

**製造販売後調査申請書**

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

院長　小川　潤　殿

 科 責任担当医師　　　　　　 印

 担当医師 印

 担当医師 印

下記医薬品または医療機器等の製造販売後調査の実施を申請致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名または医療機器名等； | 予定症例数；　 |
| 調査種類（該当に☑）；□一般使用成績調査 □特定使用成績調査□使用成績比較調査 □製造販売後データベース調査□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 調査目的；  |
| 調査内容；  |
| 調査期間；　契約締結日　～　西暦　　　　　年　　　月 |
| 調査依頼者（会社名）；  |
| 備考； |

-------　PMS事務局記載欄　-------

|  |  |
| --- | --- |
| PMS部会(IRB)審議年月日； | 院長承認年月日； |
| 調査終了年月日； | 調査実施症例数； | その他； |
| 調査費用納入年月日； |