（西暦）　　　　年　　月　　日

医療用医薬品製造販売後調査依頼書

焼津市立総合病院　病院長　殿

調査依頼者

（名称）

（代表者） 印

調査責任医師

（所属）

（氏名） 印

下記の調査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名 |  |
| 調査種別 | □使用成績調査　□特定使用成績調査  （□プロスペクティブ　　□レトロスペクティブ　　□全例調査） |
| 調査目的  調査対象 |  |
| 調査対象期間 | （西暦）　　　　年　　月　　日～（西暦）　　　　年　月　　日 |
| 予定症例数 | □全症例  □　　例  （1症例につき最大　　調査票） |
| 調査費 | 1調査票につき、  □使用成績調査20,000円、管理費6,000円、薬剤審査費2,600円  □特定使用成績調査30,000円、管理費9,000円、薬剤審査費3,900円  なお、文書同意が必要な場合は、1調査票あたり10％を加算する。 |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　 所属：  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  Email： |

（添付資料）

□実施要綱

□調査票の見本