西暦　　　年 　月 　日

医薬品等副作用等調査 依頼書

実施医療機関の長

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構

日本海総合病院　病院長　殿

調査依頼者

住所　○○○○○○ ○-○

氏名　○○○○○○○株式会社

　　　代表取締役　○○　○○　　　㊞

（法人又は団体にあっては、名称及び代表者の氏名）

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院 医薬品等製造販売後調査等に関する取扱要綱第３条の規定に基づき、下記のとおり副作用等調査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査課題名 | 医薬品等副作用等調査 |
| 医薬品/医療機器名 |  |
| 調査目的及び内容 |  |
| 調査責任医師 | 診療科：　　　　　　　　　　氏名： |
| 調査分担医師 | 診療科：　　　　　　　　　　氏名： |
| 調査予定期間 | 契約締結日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 予定症例数 | 例 |