

DMS書式2

新規依頼の場合は、記載不要です。

いずれかにチェックしてください。

提出日を記載してください。

整理番号	x x x x x
区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 比較
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

### 製造販売後調査依頼書

広島大学病院長 殿

製造販売後調査依頼者

契約当事者の名称を記載してください。

(名称)  
(代表者)

印

製造販売後調査責任医師

調査を実施する診療科の名称を記載してください。

(所属) ○○○診療科  
(氏名)

印

下記の製造販売後調査を依頼いたします。

#### 記

医薬品等名	○○錠・○mg/錠	調査計画書(要綱)番号	x x x x x x x x
製造販売後調査 課題名	○○錠・○mg/錠使用成績調査(全例調査)		
調査の目的	<p>調査を行う目的を簡潔に記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/>新規依頼 <input type="checkbox"/>継続依頼 ※本院における調査の期間が1年を超える場合、継続審査が必要となります。</p>		
予定症例(報告)	例( 報告)		
調査の期間	契約締結日 ~ 西暦 年 月 日		
調査の期間の末日は、実施要綱等に記載されている期間となります。 「条件解除まで」の場合でも、適当な期日を定め、明確に記載してください	所属: FAX:                      Email:		
添付資料一覧			
	具料石	作成年月日	版表示
<input type="checkbox"/> 実施要綱		西暦 年 月 日	第○版
<input type="checkbox"/> 調査票		西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 添付文書		西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> インタビューフォーム		西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他		西暦 年 月 日	

注) 本書式は製造販売後調査依頼者が製造販売後調査責任医師の合意のもと作成し、病院長に提出する。