

調査様式1-1

調査責任医師・調査依頼者→院長→治験審査委員会委員長

日付は空欄

西暦 年 月 日

医薬品製造販売後調査実施申請書兼審議依頼書

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院
院長 殿

調査責任医師：所属
職名
氏名

調査依頼者：名称：
代表者：

全て記載
事務局にて内容確認後
押印

必須

印

〇〇株式
会社社印

下記の（ 使用成績調査 特定使用成績調査 副作用・感染症報告）の
（実施 継続 契約内容変更）をしたく申請いたします。

記

該当する箇所へチェック

調査対象医薬品名	(<input type="checkbox"/> 本採用 <input type="checkbox"/> 仮採用)
調査課題名	
調査予定期間	契約締結日 ~ 西暦 年 月 日
調査予定症例数	症例
調査費用	<input type="checkbox"/> 1 症例・ <input type="checkbox"/> 1 調査票 円 (消費税別)
審議事項	<input type="checkbox"/> 調査実施の適否 <input type="checkbox"/> 調査継続の適否 <input type="checkbox"/> 安全性情報等 <input type="checkbox"/> 実施要綱に関する変更 <input type="checkbox"/> 契約内容変更の適否 <input type="checkbox"/> 調査責任医師・分担医師 <input type="checkbox"/> 契約症例数 <input type="checkbox"/> 契約期間 <input type="checkbox"/> その他 (
添付資料	<input type="checkbox"/> 調査実施要綱 <input type="checkbox"/> 添付資料 <input type="checkbox"/> 症例報告書又は調査票等の見本 <input type="checkbox"/> その他
調査分担医師	氏名
担当者の連絡先	担当者氏名 (所属・職名) : TEL : FAX : *E-mail :

必要箇所全て記載
行が足りなければ追加
医師の職名等に注意
所属・職名はHP医師紹
介で確認が可能

調査様式1-2

西暦 年 月 日

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院
治験審査委員会 委員長 殿

日付は空欄

上記製造販売後調査について、審査をお願いいたします。

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院
院長 印