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

　　　　　　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　千早病院

　院　長　殿

　　　調査責任医師：所属

　　　　　　　　　職名

氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　調査依頼者　：名　称：

　　　　　　　　　代表者：　　　　　　　　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 調査対象医薬品名 | （□ 本採用　　□ 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 | □１症例・　□１調査票　　　　　　　　　　　　円（消費税別） |
| 審議事項 | □調査実施の適否  □調査継続の適否  　□安全性情報等　　□実施要綱に関する変更  □契約内容変更の適否  　□調査責任医師・分担医師　□契約症例数　□契約期間  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添付資料 | □調査実施要綱　　　　□添付資料  □症例報告書又は調査票等の見本　　　　□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： |

調査様式1-2

西暦　　　年　　　月　　日

国家公務員共済組合連合会　千早病院

治験審査委員会　委員長　殿

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　千早病院

　院　長　　　　　　　　　印