

製造販売後調査受入計画書

教授が不在の診療科である場合は、兼任の教授の所属・氏名をご記載ください。

西暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

札幌医科大学附属病院院長 〇〇 様

講座等の長 所属 附属病院 〇〇科 氏名 〇〇 〇〇 (印)
 調査責任者 所属 附属病院 〇〇科 氏名 〇〇 〇〇 (印)

「医薬品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準」(平成16年厚生労働省令第171号)等に基づき、本来の教育・研究に支障を生ずることのないよう、本調査を実施するに際し、ご依頼者様にて押印手配のうえ、本調査受入計画書を提出します。

ご提出ください。

記

- 1 調査依頼者(企業名) 〇〇株式会社
- 2 調査課題名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
- 3 調査期間 自 契約書に定める日 至 西暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
- 4 調査予定症例数・報告書数

2 症例・報告書	4 本 (新規申請時)
追加 症例・報告書	本 (変更申請時追加)
合計 症例・報告書	本 (変更申請時追加後)
- 5 研究に要する経費

金	114,400 円 (消費税及び地方消費税 別) (新規申請時)
追加 金	円 (消費税及び地方消費税 別) (変更申請時追加)
合計 金	円 (消費税及び地方消費税 別) (変更申請時追加後)

○ 調査対象薬の採用・購入確認 薬剤部長 氏名 〇〇 〇〇 (印)

当院での採用決定前の場合は、押印無しでご提出ください。採用決定後に事務局にて押印対応いたします。

