西暦　　　　年　　　月　　　日

製造販売後調査等依頼書

実施医療機関の長

　琉球大学病院　病院長　殿

調査依頼者

（住所）

（名称）

（代表者名）

調査責任医師

（所属・氏名）

　下記の調査を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医薬品等名 |  | | | |
| □医薬品　　　　　　　□医療機器 　 　　　 □再生医療等製品 | | | |
| 調査等課題名 | □一般使用成績調査　　□特定使用成績調査　　□使用成績比較調査  □副作用・感染症報告 | | | |
|  | | | |
| 調査目的 |  | | | |
| 調査期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日  （実施要綱に定められた期間） | | | |
| 実施診療科 |  | | | |
| 調査分担医師 | （所属・氏名） | | | |
| 予定症例数 | 例 | | | |
| 全例調査 |  | レトロスペクティブ調査 | |  |
| 担当者連絡先 | 氏名： | | 所属 | |
| TEL： | | FAX： | |
| Email： | | | |