該当区分へ○を記入ください。

調査様式１
（調査依頼者→実施医療機関の長）

整理番号	
区分	1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査 3. 副作用報告

ブランクでご提出ください。

西暦　　年　　月　　日

研 究 委 託 申 込 書

依頼者様の下記情報をご記入ください。

独立行政法人　国立病院機構
水戸医療センター院長　　殿

調査依頼者
住　所：
名　称：
代表者：　　印

黄色マーカー箇所の各欄へご記入ください。

水色マーカー箇所：該当箇所へご記入ください。

ター受託研究取扱規程第２条の規定に基づき、下記のとおり研究

薬剤名		
課題名		□新規依頼　□継続依頼
研究目的		□再審査申請　□再評価申請　□副作用感染症例調査 □その他（　　）
調査の概要	実施希望例数	総計　　例（1 症例あたりの報告数：　　報告）　□全例調査
	用法・用量	
	投与期間	
	調査希望期間	契約締結日～西暦　　年　　月　　日
	同意説明	□なし　□あり（□文書同意　□説明のみ　□その他（　　）））
希望する調査責任医師		氏名（所属・職名）　： 希望する理由　： 担当者氏名（所属・職名）
依頼者の連絡先（*：差支えない場合）		TEL：　　FAX： E-mail：
添付資料 （ ）内には当該資料の作成年月日を示す。		□実施要綱・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　年　月　日、　版） □調査票の見本・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　年　月　日、　版） □添付文書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　年　月　日、　版） □インタビューフォーム・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　年　月　日、　版） □予定される費用に関する資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　年　月　日） □症例登録票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　年　月　日、　版） □その他（　　）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　年　月　日、　版）

調査責任医師	上記内容の確認日：　西暦　　年　　月　　日
	記名捺印又は署名：