

記載例

整理番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 製造販売後調査 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 20××年 ○月 ○日

研究依頼書

実施医療機関の長
独立行政法人国立病院機構
大阪南医療センター 院長 殿

研究依頼者
(名称) △△製薬株式会社
(代表者) 代表取締役社長 ◎◎ ◎◎ 印
研究責任医師
(氏名) □□ □□ 印

社印をお願いします

押印をお願いします

下記の研究を依頼いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号	□□□	研究実施計画書番号	××× (無ければ“—”で)
研究課題名	<input checked="" type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 継続依頼 ○○錠の使用成績調査 (契約書と同じ課題名をお願いします)		
目標とする 被験者数(予定)	△例		
研究の期間	契約締結日 ~ 西暦20××年○月○日 (登録期間:西暦 年 月まで)		
担当者連絡先	氏名: □□ □□ 所属: △△△部 TEL: ○○○○○○ FAX: △△△△△ Email: ◇◇◇◇◇		

添付資料一覧

資料名	作成年月日	
<input checked="" type="checkbox"/> 研究実施計画書、実施要項等		
	西暦 20××年 ○月 ○日	
<input checked="" type="checkbox"/> 添付文書又はインタビューフォーム		
	西暦 20××年 ○月 ○日	
<input checked="" type="checkbox"/> 症例報告書、調査票の見本		
	西暦 20××年 ○月 ○日	
<input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他		
	西暦 年 月 日	

添付する資料の■をチェックする