

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年厚生省令第171号)等に基づき、本来の教育・研究に支障をせず、依頼者様にて押印手配のうえ、採用・購入されている医薬品に関する調査であることをご提出ください。後調査受入計画書を提出します。

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

	症例・報告書	本(新規申請時)
追加	1 症例・報告書	2 本(変更申請時追加分)
合計	3 症例・報告書	6 本(変更申請時追加後)
- 5 研究に要する経費

金	円(消費税及び地方消費税 別)(新規申請時)
追加 金	28,600 円(消費税及び地方消費税 別)(変更申請時追加分)
合計 金	143,000 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

依頼者様にて押印手配のうえ、ご提出ください。

