

### 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、ご依頼者様にて押印手配のうえ、本計画書にて採用・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。

#### 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。

### 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。

暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

札幌医科大学附属病院長 様

講座等の長	所属	附属病院	〇〇科	氏名	〇〇	〇〇	<b>印</b> <b>印</b>
調査責任者	所属	附属病院	〇〇科	氏名	〇〇	〇〇	

依頼者様にて押印手配のうえ、  
ご提出ください。

「医療機器の製造販売後の調査及び試験の実施の基  
働省令第38号)等に基づき、本来の教育・研究に支障を生ずるおそれがないこと、及び  
本院において採用・購入されている医療機器に関する調査であることを確認の上、次のと  
おり製造販売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
 

2 症例・報告書	4 本(新規申請時)
追加 症例・報告書	本(変更申請時追加分)
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)(変更申請時追加分)
合計 金	円	(消費税及び地方消費税 別)(変更申請時追加後)

○ 調査対象機器の採用・購入確認

医療材料コード

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

品名

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

医事経営課業務係  
担当者 確認印



医事経営課 業務係長の押印手配のうえ、  
ご提出ください。

注1 コード番号及び品名は、医療総合情報システム「購入オーダー画面」で確認の上、記載のこと。

### 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○○○○年○○月○○日

札幌医科大学附属病院長 様

講座等の長	所属 附属病院	○○ 科	氏名	○○ ○○	<b>印</b>
調査責任者	所属 附属病院	○○ 科	氏名	○○ ○○	<b>印</b>

依頼者様にて押印手配のうえ、  
ご提出ください。

「再生医療等製品の製造販売後の調査及び試験の実施（厚生労働省令第90号）に基づき、本来の教育・研究に支障を生ずるおそれがないこと、及び本院において採用・購入されている再生医療等製品に関する調査であることを確認の上、次のとおり製造販売後調査受入計画書を提出します。

#### 記

- 1 調査依頼者（企業名） ○○株式会社
- 2 調査課題名 ○○○○○○○○○○
- 3 調査期間 自 契約書に定める日 至 西暦 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 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（変更申請時追加分）
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）	（変更申請時追加分）
合計 金	円	（消費税及び地方消費税 別）	（変更申請時追加後）

#### ○ 調査対象製品の採用・購入確認

医療材料コード

○○○○○○○○○○

品名

○○○○○○○○○○

医事経営課業務係 担当者 確認印	<b>印</b>
---------------------	----------

医事経営課 業務係長の押印手配のうえ、  
ご提出ください。

注1 コード番号及び品名は、医療総合情報システム「購入オーダー画面」で確認の上、記載のこと。