（西暦）　　　　年　　月　　日

製造販売後調査申請書兼結果通知書

国立大学法人

信州大学医学部附属病院　病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　製造販売後調査依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

下記のとおり、製造販売後調査の実施をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 品名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 全例調査方式 |  □該当　□該当せず  |
| 調査の内容 |  |
| 実施要綱上の実施予定期間 | （西暦）　　　　年　　月　　日　から　（西暦）　　　　年　　月　　日 |
| 実施予定期間内の予定被験者数 | 　　　　　　症例　（ 報告書作成回数：　　　回／１症例 ） |
| 実施診療科（研究費納入先） |  |
| 担当者連絡先（書類郵送先） |  　　氏名：　　　　　　　　　　 所属： 〒・住所： 　　TEL：　　　　　　　　 Email: |

西暦　　　　年　　月　　日

上記に申請のあった製造販売後調査の実施について、第　　回信州大学医学部附属病院治験審査委員会の審査結果に基づき、調査責任医師および製造販売後調査依頼者へ通知いたします。

なお、「承認」以外の場合の理由等については別紙参照のこと。

□承認　□修正の上で承認　□却下　□保留

実施医療機関の長　国立大学法人信州大学医学部附属病院　病院長