

様式 1

平成 年 月 日

副作用・感染症調査依頼書

仙台市立病院

院長 奥田 光崇 殿

依頼者

印

下記医薬品について副作用・感染症調査の実施を依頼したく申請致します。

記

受託番号	第 号		
対象医薬品名			
調査の目的	製造販売後における当該医薬品の副作用・感染症情報の収集		
調査予定症例数	例		
担当診療科(部)	科	科部(医)長名	
調査責任医師名			
調査依頼者連絡先	所属・氏名 TEL		
備考			