様式２

受託番号　　号
平成　　年　　月　　日

製造販売後調査申請書

（使用成績調査･特定使用成績調査）

仙台市立病院

院長　奥 田　光 崇　殿

診療科部（医）長　　印

調査責任医師　　印

仙台市立病院における下記の製造販売後調査(使用成績調査･特定使用成績調査)を実施致したく､必要書類を添えて申請致します。

記

対象医薬品名	
調査の種類	1.　使用成績調査　　2.　特定使用成績調査
調査の内容	
調査予定症例数	例
調査期間	契約締結日　～　平成　年　月　日
調査依頼者名	
調査依頼者連絡先	所属･氏名 ＴＥＬ　　ＦＡＸ
備 考	