様式１

（差し支えなければ当院で記載します）　　（空欄）年（空欄）月（空欄）日

副作用・感染症調査依頼書

仙台市立病院

院長　〇〇　〇〇　殿

企業の名称及び代表者名
（PMS 代表者でも可）を記載

依頼者　〇〇薬品株式会社
〇〇〇〇　〇〇　〇〇　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（当院で記載）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	1 例		
担当診療科(部)	〇〇 科	科部(医)長名	〇〇　〇〇
調査責任医師名	〇〇　〇〇		
調査依頼者連絡先 （当院担当 MR 等）	所属･氏名　〇〇　〇〇　〇〇 ＴＥＬ　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
備　考			