様式２

（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・感染症調査申請書

仙台市立病院

院長　〇〇　〇〇　殿

診療科部長、調査責任医師の
記名押印又は署名済のものを提出

診療科部（医）長　〇〇　〇〇　印

調査責任医師　〇〇　〇〇　印

下記医薬品について副作用・感染症調査を実施致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	△△△△
調査の種類	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
調査依頼者名	〇〇薬品株式会社
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	