副作用等調査番号　第　　　　　号

（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　日

**副作用・感染症・不具合詳細調査依頼書**

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構

倉敷中央病院　院長　殿

調査依頼者

（名称）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の調査を依頼いたします。

記

|  |
| --- |
| □　調査の依頼について、調査責任医師および実施診療科所属長の了承を得ました。 |
| 調査対象品目 | □　医薬品　　□　再生医療等製品　　□ 医療機器 |
| 調査区分 | □　副作用　　□ 感染症　　□　不具合 |
| 対象製品名 |  |
| 副作用（感染症・不具合）名 |  |
| 実施診療科 |  |
| 調査責任医師 |  |
| 調査期間 | 　契約締結日　　～　（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 依頼症例数および調査票数 | 　　　　　例　　　　調査票 |
| 調査経費（1調査票あたり） | 円　（内　間接経費　　　　　円）　（消費税別） |
| 依頼者担当者連絡先 | 所属： | 氏名： |
| TEL： | E-mail： |
| 備考 |  |

上記の調査について、依頼を受理しました。

（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　日

倉敷中央病院　製造販売後調査事務局