

事務局で採番しますので空欄で結構です。

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

実際の提出日に当日の日付  
をご記入いただきます。案の  
時点では空欄で結構です。

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

代表者は役職もご記載ください。

調査依頼者

(名称) ○○○○○○○○株式会社

(代表者名) 代表取締役社長

△△ △△ 印

下記の調査を依頼いたします。

必ず調査責任医師と所属長の了承を得てからチェックを入れてください。

■ 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	◇◇◇◇◇◇◇錠 10mg
副作用(感染症・不具合)名	◎◎◎◎◎◎◎◎ 調査対象の事象名を簡潔にご記載ください。 例) 間質性肺炎、薬物性肝障害、等
実施診療科	□□□□科
調査責任医師	▽▽ ▽▽ 調査責任医師は実際に調査の対応をする担当医師としてください。
調査期間	契約締結日 ~ (西暦)2023年10月31日 調査票対応が完了する見込みの時期を設定してください。
依頼症例数 および調査票数	1 例 1 調査票
調査経費 (1 調査票あたり)	26,000 円 (内 間接経費 6,000 円) (消費税別)
依頼者担当者 連絡先	所属: ●●支店 ▲▲▲営業所 氏名: ◆◆◆◆ TEL: XXX-XXXX-XXXX E-mail: zzzzz@zzz.co.jp
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