（別紙様式2）

医薬品製造販売後調査実施申請書（診療科控）

西暦　　　　年　　月　　日

富山大学附属病院長　殿

科名

診療科（部）長名

調査担当者

（2枚目に押印のこと）

下記の製造販売後調査を実施したいので承認願います。

記

1. 対象医薬品名
2. 調査課題
3. 契約期間

（予定）　　契約締結日　　～　西暦　　　　年　　月　　日

1. 委託者
2. 予定症例数 症例

（別紙様式2）

医薬品製造販売後調査実施申請書

西暦　　　　　年　　月　　日

富山大学附属病院長　殿

科名

診療科（部）長名　　　　　　　　　 印

調査担当者　　　　印

下記の製造販売後調査を実施したいので承認願います。

記

1. 対象医薬品名
2. 調査課題
3. 契約期間　　　　契約書に記載

（予定）　　契約締結日　　～　　西暦　　　　年　　月　　日

1. 委託者
2. 予定症例数 症例
3. 承認年月日及び番号 　　年　　月　　日　承認番号Ｎｏ．
4. 結果 　　　承認・不承認

（別紙様式4）

西暦　　　　年　　月　　日

医薬品製造販売後調査実施通知書

科名

診療科（部）長名　　　　　　　　　　　殿

調査担当者　　　　　　　　　　　殿

富山大学附属病院長

印

　　年　　月　　日に貴殿から申請のあった製造販売後調査について，下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 対象医薬品名
2. 調査課題
3. 契約期間　　　　契約書に記載
4. 委託者
5. 予定症例数 症例
6. 承認年月日及び番号 　　年　　月　　日　承認番号Ｎｏ．
7. 結果 　　　　承認･不承認

（別紙様式4）

西暦　　　　年　　月　　日

医薬品製造販売後調査実施通知書

委託者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

富山大学附属病院長

印

　　年　　月　　日に貴殿から申請のあった製造販売後調査について，下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 対象医薬品名
2. 調査課題
3. 契約期間　　　　契約書に記載
4. 科名・診療科(部)長

調査担当者

1. 予定症例数 症例
2. 承認年月日及び番号 　　年　　月　　日　承認番号Ｎｏ．
3. 結果 　　　　　承認・　　　不承認