

書式 22

(調査依頼者→実施医療機関の長)

整理番号	
区分	3. その他

(西暦) 年 月 日

研究委託申込書

書類を作成した日付を記載

青梅市立総合病院

院長 大友 建一郎 殿

調査依頼者

住所:

名称:

代表者:

印

青梅市立総合病院医薬品等の受託調査実施要綱第3条の規定にもとづき、下記のとおり調査の申請および依頼をいたします。

記

調査課題名	<input checked="" type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 継続依頼	
	調査実施計画書 No. ()、(西暦) 年 月 日作成	
調査の目的 (用途)	<input checked="" type="checkbox"/> 再審査申請 <input type="checkbox"/> 再評価申請 <input type="checkbox"/> 副作用報告 <input type="checkbox"/> その他 ()	
調査計画の概要	該当する項目を■にする。	
	調査実施希望期間: 契約締結日 ~ (西暦) 年 月 日	
調査依頼者の連絡先 (*: 差支えない場合)	担当者氏名 (所属・職名) 当院担当の MR	
	TEL :	FAX :
	*E-mail :	
添付資料	<input type="checkbox"/> 調査実施要綱.....	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 調査票の見本.....	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 製品情報概要.....	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 予定される調査費用に関する資料.....	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 同意・説明文書の案.....	(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> その他 ().....	(年 月 日)
調査担当医師	上記内容の確認日: (西暦) 年 月 日	
	記名捺印又は署名:	

該当する項目を■にする。

日付の記載のないものには日付を記載しない

担当医師が確認日の記載および署名をする