

(様式2)  
年 月 日

## 製造販売後調査申請書

新潟県立がんセンター新潟病院長  
横山 晶 様

製造販売後調査担当医師（代表）  
所 属：  
職 名：  
氏 名：

印

年 月 日付から依頼のあった下記の  
製造販売後調査を実施したいので申請します。  
記

調 査 課 題 名		
調 査 の 目 的	ア、使用成績調査 イ、特定使用成績調査 ウ、副作用・感染症報告 エ、その他（ ）	
医 薬 品 名		
規 格 ・ 剤 型		
主 な 薬 効		
主 な 適 応 症		
調査例数（予定）	依頼症例数： 例	総調査症例数： 例
調査期間（予定）	契約締結日 ～ 平成 年 月 日	
調査項目及び 重点調査項目		
調査結果の使用目的 （提出先）	学会報告、文献報告その他研究報告の場合は、対象とする医学・ 薬学専門雑誌名及び学会名	
添付資料：		
その他特記事項：		

注）副作用・感染症報告の場合、「調査期間（予定）」は記載不要です。