

加藤院長	森永副院長	大木副院長	上井副院長	医療局長	看護部長	事務長	薬剤部長	総務課長	医事課長	今泉(検査)	奈良(支援学校)	事務局

〔承認：押印〕〔不承認：×〕

申請日：西暦 年 月 日

桐生厚生総合病院長 殿

依頼者 住 所

会社名

代表者 _____ 印

(法人(団体)の場合は名称及び代表者名)

製造販売後調査（使用成績調査・特定使用成績調査）実施依頼書・申請書

◆ 申請内容

受付日：西暦 年 月 日

申請者：責任医師 ：担当医師	診療科： 科 診療部長： 印		
調査対象医薬品名		予定症例数	症例
調 査 目 的			
調 査 方 法			
調 査 希 望 期 間	契約締結日 ～ 西暦 年 月 日		
研究費（1症例）	¥ (消費税及び地方消費税は別途にて請求)		

◆ 審査結果

審査日：西暦 年 月 日

☐ 承認 ☐ 条件付き承認 ☐ 保 留 ☐ 不承認
意 見：

◆ 決 裁

決裁日：西暦 年 月 日

☐ 審査結果のとおり ☐ 指示事項あり	公 印
指示事項：	