西暦　　　　年　　月　　日

研究依頼書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構

岩手病院　院長　殿

研究依頼者

（名 称）

（代表者） 印

下記の研究を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 製品名(一般名) |  | | | | | | |
| 研究課題名 |  | | | | | | |
| 研究の目的 | □1．再審査申請（□使用成績調査　　□特定使用成績調査）  □2．再評価申請　特定使用成績調査  □3．副作用・感染症症例報告  □4．その他 | | | | | | |
| 研究の内容 |  | | | | | | |
| 症例数等  （報告書数） | 症例（1例：　　報告） | | | | | | |
| 研究実施予定期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 研究責任医師  （所属、氏名） |  | | | | | | |
| 研究分担医師 |  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 研究依頼者連絡先 | 氏名： | | | 所属： | | | |
| TEL： | FAX： | | | Email： | | |
| 審 査 資 料 | □研究実施計画書 | | | | | 西暦　　　　年　　月　　日 | |
| □症例報告書の見本 | | | | | 西暦　　　　年　　月　　日 | |
| □製品概要書等 | | | | | 西暦　　　　年　　月　　日 | |
| □その他（ ） | | | | | 西暦　　　　年　　月　　日 | |