

受託研究実施依頼書

長野市民病院長

年 月 日

池田 宇一 殿

住所

会社名

印

代表者名

印

下記の通り（医薬品・検査試薬・医療機器・その他）の調査について依頼いたします。

記

商品名	
規格	
担当者	科名： 氏名：
依頼種別	医薬品 1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査 3. 副作用自発報告 4. その他 検査試薬 医療機器 その他
調査目的	(副作用発現日： 年 月 日)
予定調査期間	年 月 日 ～ 年 月 日
予定症例数	例
研究費	(税込) 円/例 (うち消費税 円)
同意の必要性	同意書： 必要有り ・ 必要なし
検査等の費用	依頼者の負担： 有 ・ 無
調査管理部門	住所：
連絡先	担当者： TEL - -

※ 依頼者は本依頼書と研究プロトコール、資料を申請者（医師など）へ提出すること。

受託研究実施申請書

長野市民病院長

年 月 日

池田 宇一 殿

科名

申請科代表者

印

申請者

印

下記の通り（医薬品・検査試薬・医療機器・その他）の調査について許可を申請します。

記

商品名	
規格	
依頼者 (会社名)	
依頼種別	医薬品 1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査 3. 副作用自発報告 4. その他 検査試薬 医療機器 その他
調査目的	
	(副作用発現日： 年 月 日)
予定調査期間	年 月 日 ～ 年 月 日
予定症例数	例
研究費	(税込) 円/例 (うち消費税 円)
同意の必要性	同意書： 必要有り ・ 必要なし
検査等の費用	依頼者の負担： 有 ・ 無

※ 申請者は本申請書と研究プロトコル、資料および申請書（様式-P1）を財務課へ提出する。