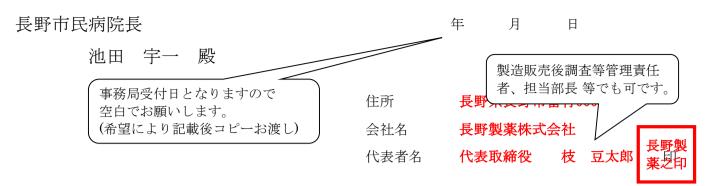
記入例

受託研究実施依頼書



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。

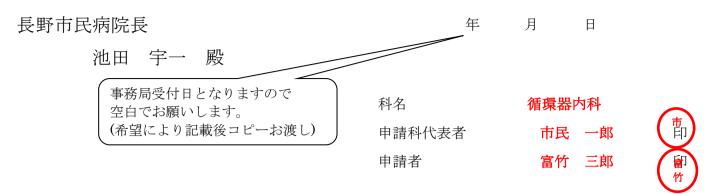
記

	βL
商品名	シミンピンピン 点滴静注用
規格	10mg , 25mg
担当者	科名: 循環器內科 氏名: 富竹 三郎
	医薬品 1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査
依頼種別	3. 副作用自発報告 4. その他
	検査試薬
	医療機器
	その他
	00000000000000000000000000000000000000
調査目的	開始日は委員会承認日となりま すので空白でお願いします。 どちらか一方。
予定調査期間	年 月 日 ~ 2023 年 10 月 11 日
予定症例数	全 例
研究費	(税込) 33,000 円/例 (うち消費税 3,000 円)
同意の必要性	同意書: 必要有り・ 必要な 本件に係る事務的な質疑の担当で
検査等の費用	依頼者の負担: 有・無 すのでMR様、営業様等でも可で
調査管理部門	住所: 長野県長野市富竹 0000-0
連絡先	担当者: 安全性管理部 課長 長野 五郎 TEL 026 - 000 - 0000

※ 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。

記入例

受託研究実施申請書



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	シミンピンピン 点滴静注用
規格	10mg , 25mg
依頼者 (会社名)	長野製薬株式会社
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	000000000000000000000000000000000000
予定調査期間	年 月 日 ~ 2023 年 10 月 11 日
予定症例数	全 例
研究費	(税込) 33,000 円/例 (うち消費税 3,000 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ール、資料および申請書(様式-P1)を財務課へ提出する。