様式７（依頼者　　院長）

医薬品・医療機器安全性情報報告依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

京都第一赤十字病院　院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、医薬品・医療機器安全性情報報告制度のための調査の実施をお願いしたく

ご依頼申し上げます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．調査の表題 | 医薬品・医療機器等安全性情報詳細調査 |  |
| ２．調査担当科・部長名 | 科部長　　　　　　　　　　　　　印 |  |
| ３．対象医薬品名等 |  |  |
| ４．調査目的  （該当項目にレ印） | □医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保  　等に関する法律に基づく厚生労働省への副作用報告  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| ５．調査症例数 | 症例 |  |
| ６．調査費（合計額） | ￥　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　　　　　　　　（税込） |
| 令和　　年　　月　　日  会社名  代表者名　　　　　　　　　　　　様  上記の医薬品・医療機器等安全性情報の調査について実施を承認します。  　　　　　　　　　　　　　　　　京都第一赤十字病院　院長　　大辻　英吾　　印 | |
|  |
|  |
|  |
|  |