

記載見本

製造販売後調査受託料中間支払通知書

さいたま赤十字病院
院長 様

調査依頼者 ※依頼者情報を記載する
住 所 :
名 称 :
代表者 : 印

※契約日を記載する

西暦 年 月 日付で締結した下記の製造販売後調査について、下記のとおり製造販売後調査受託料を支払いたいのでご通知申し上げます。

記

医薬品・医療機器 再生医療等製品 等名	例：○○○錠 5mg、10mg 等 ※製品名、規格を記載する	製造販売後登 録番号	No. — ※当院発行の番号（新規申請 時の決定通知書記載の番号）
調査目的・課題名	※実施要綱等を参照して記載する		<input checked="" type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査 <input type="checkbox"/> その他 () ※該当の調査をチェックする
調査方法	※実施要綱等を参照して記載する		
調査予定期間	西暦 ○○○○年 ○月 ○日 ～ 西暦 ○○○○年 ○月 ○日 ※開始日は契約締結日を記載する		
調査予定症例数	○例（全国予定症例数： ○例）		
調査実施診療科	○○○ 科		
調査責任医師	所属・職名：○○○科 部長 氏名：○○ ○○		
対象調査期間	西暦 ●●●●年 ●月 ●日 ～ 西暦 ●●●●年 ●月 ●日 ※中間支払いの対象となる期間を記載する		
対象症例数	●例 ※支払いの対象となる症例数を記載する		
対象調査研究費	○○, ○○○円（1症例当たり ○○, ○○○円）税抜き ※管理的経費および間接経費も含んだ金額です。契約書及び製造販売後調査に係る経費 （調査受託料）算出基準を参照し算出してください。		
担当者連絡先	所属： 氏名： TEL： FAX： ※依頼者情報を記載する		
備 考	※調査票回収状況リストを添付してください		