製造販売後調査様式６

西暦　　年　　月　　日

**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

製造販売後調査依頼者

住　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 会社名：

代表者：　　　　　　　　　　　　　　　　 印

西暦　　年　　月　　日付で契約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く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 |  | 製造販売後調査登録番号 |
| No.　　　　　― |
| 調査目的・課題名 |  | * 一般使用成績調査 * 特定使用成績調査 * 使用成績比較調査 * その他   　（　　　　　　　　） |
| 調査予定期間 | 西暦　　　年　　月　　日　　～　西暦　　　年　　月　　日 | |
| 調査予定症例数 | 例（全国予定症例数：　　　　　　　例） | |
| 調査責任医師 | 所属・職名：　　　　　　　　　　　氏名： | |
| 対象調査期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 | |
| 対象症例数 | 例（調査票合計　　　冊） | |
| 対象調査受託料 | 調査研究経費　　　　　　　　　円  管理的経費　　　　　　　　　円  間接経費　　　　　　　　　円  合計　　　　　　　　　円（各経費・合計は税抜きで記載）  ※「製造販売後調査に係る経費（調査受託料）算出基準」をもとに算出して下さい。 | |
| 担当者連絡先 | 所属：　　　　　　　　　　　　　　氏名：  TEL：　　　　　　　　　　　　　　E-mail： | |
| 備　　考 | 調査票回収状況リストを添付してください。 | |