様式１

 　西暦 　　年　　月　　日

　調査委託申込書

大阪市立大学医学部附属病院

病院長 様

申込者　住所：

名称：

氏名：　　　　　　　　　　印

下記のとおり調査を委託したいので受け入れて下さるようお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査課題名 |  |
| 目的及び内容 |  |
| 調査計画書（実施要綱） | 添付のとおり |
| 調査の種類 | 一般使用成績調査 ・ 特定使用成績調査 ・ 副作用／感染症調査 |
| 調査委託料 | 円（消費税額及び地方消費税額を除く。） |
| 調査予定症例数 | 症例　（　　　　　件） |
| 調査期間 | 西暦 　　　年　　月　　日　～　西暦 　　　年　　月　　日 |
| 調査責任医師（報告者） | 所属名　　　　　　　　　　　氏名 |
| 調査分担医師 | 氏名 | 氏名 |
| 氏名 | 氏名 |
| 氏名 | 氏名 |
| 氏名 | 氏名 |
| 氏名 | 氏名 |
| 備考 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 診療科等名 |  |
|  | 診療科等責任者 | 印 |
|  | 調査責任医師 | 印 |