


(副作用・感染症報告依頼者→病院長)

様式11

令和 年 月 日

宮崎県立宮崎病院長 殿

| |
|---|
| (副作用・感染症報告依頼者) |
| 住 所 |
| 名 称 |
| 代表者 |
|  |

副作用・感染症報告依頼書 (新規・継続)

↑ どちらかに○をつけて下さい

下記のとおり副作用・感染症報告を行いたいのので、宮崎県立宮崎病院製造販売後調査等取扱規則第4条の規定により依頼します。

記

| | |
|-----------------------------|---|
| 副作用・感染症調査医薬品名 | |
| 副作用・感染症報告の内容 | |
| 副作用・感染症報告予定数 | 例 (報告数： 件) |
| 副作用・感染症報告責任医師 職 氏名 | 職名： 氏名： |
| 副作用・感染症報告分担医師 ※1 職 氏名 | 職名： 氏名： 職名： 氏名： 職名： 氏名： |
| 添 付 資 料 | <input type="checkbox"/> 予定される副作用・感染症報告費用に関する資料 (令和 年 月 日作成) |
| 依 頼 者 の 連 絡 先 | 所属・氏名 TEL FAX |

※1：副作用・感染症報告分担医師が複数の場合は、全員を記載すること。