

(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。