第１号様式

受託試験（調査）実施願

公立大学法人
横浜市立大学附属病院
診療科等の部長

住所(所在地)
法　人　名
代表者氏名　　印

次のとおり受託試験（調査）を依頼いたします。

１　調査対象名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　一般名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　調査区分　□ 再審査申請　□再評価申請　□ 自主的調査　□その他

３　調査種類　□特定使用成績調査　□使用成績調査　□市販直後調査
□副作用・感染症報告　□その他（　　）

４　調査責任者　診療科等＿＿＿＿＿職名＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿
調査分担者　診療科等＿＿＿＿＿職名＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿
診療科等＿＿＿＿＿職名＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿
診療科等＿＿＿＿＿職名＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿
診療科等＿＿＿＿＿職名＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５　予　定　数　（□症例数　□調査票数）＿＿＿＿＿＿件

６　実施希望期間　西暦　　年　　月　　日　～　西暦　　年　　月　　日

上記調査担当者が本試験（調査）を実施することに承諾いたします。
西暦　　年　　月　　日
（診療科等の）部長　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印