

# 受託試験（調査）実施通知書

西暦 年 月 日

調査責任者 様

依頼者 様

公立大学法人  
横浜市立大学附属病院  
病院長 印

西暦 年 月 日付で申込みのあった受託試験（調査）については、次のとおり決定したので通知します。

調査対象名	
調査種類	<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 市販直後調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> その他（ ）
調査目的	
契約期間	契約締結日（西暦 年 月 日）～ 西暦 年 月 日
契約数	（ <input type="checkbox"/> 症例数 <input type="checkbox"/> 調査票数） 件
調査責任者	診療科等 職名 氏名
調査分担者	診療科等 氏名
依頼者	
病院長の決定	
理由	