

## 協力医師変更承諾書

(非常勤診療医・シニアレジデント・特任教員・大学院生)

西暦 年 月 日

公立大学法人  
横浜市立大学附属病院長

(診療科等の) 部長  
氏名 印

下記の調査分担者が次の調査を実施することに承諾いたします。

- 1 依頼者：
- 2 調査対象名：
- 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 職名： 氏名：
- 5 次の調査分担者は当院で診療等を行う非常勤診療医・シニアレジデント・特任教員・大学院生です。

診療科等：	職名：	氏名：
診療科等：	職名：	氏名：
診療科等：	職名：	氏名：

注) 職名は当院診療科等での名称を記載する。  
附属市民医療総合センター等に所属する医師・歯科医師の職名は非常勤診療医とする。