

受託試験実施状況確認書

西暦 年 月 日

(報告先)
横浜市立大学附属病院長

依頼者
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）の実施状況を確認しました。

調査対象名		診療科等	
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			
契約数	(<input type="checkbox"/> 症例数 <input type="checkbox"/> 調査票数) 件		
契約期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		
登録されている 調査責任者および 調査分担者の氏名			
調査実施状況	<p style="text-align: right;">確認日 西暦 年 月 日</p> <p>実施症例（報告）数；調査票記載済み ____例 調査票作成中 ____例 その他 ____例</p> <p>GPS P省令 (遵守 ・ 非遵守)</p> <p>その他、特記事項；</p>		
	依頼者連絡先	担当者所属・氏名 所在地 〒 電話番号 E-mail	

上記、実施状況に相違ありません。

西暦 年 月 調査責任者 _____ 印
(記名捺印又は署名)