

調査番号 ()

西暦 年 月 日

東京慈恵会医科大学附属柏病院 院長殿

委託機関名 : _____
委託代表者 : _____ 印
診療科名 : _____
診療部長名 : _____ 印
調査代表者 : _____ 印

調査委託申請書

区分	<input type="checkbox"/> 1.一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 2.特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 3.使用成績比較調査
調査課題	
調査期間	年 月 日～ 年 月 日
連絡先	委託機関名 : _____ 担当者名 : _____ 所属 : _____ TEL : _____
調査経費	予定症例数 : _____ 例 1 症例 : _____ 円(消費税抜) 1 調査票あたり : _____ 円(消費税抜)

注:区分欄には、必ずを付けてください。

提出先 治験センター

治験センター

様式:申請23-4