

(副作用・感染症報告依頼者→病院長)

### 様式11

平成 年 月 日

宮崎県立宮崎病院長 殿

(副作用・感染症報告依頼者)

住 所

名 称

代表者



### 副作用・感染症報告依頼書 (新規・継続)

↑ どちらかに○をつけて下さい

下記のとおり副作用・感染症報告を行いたいので、宮崎県立宮崎病院製造販売後調査等取扱規則第4条の規定により依頼します。

#### 記

副作用・感染症調査医薬品名	
副作用・感染症報告の内容	
副作用・感染症報告予定数	例 (報告数: 件)
副作用・感染症報告責任医師 職 氏名	職名: 氏名:
副作用・感染症報告分担医師 ※1 職 氏名	職名: 氏名: 職名: 氏名: 職名: 氏名:
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> 予定される副作用・感染症報告費用に関する資料 (平成 年 月 日作成)
依 頼 者 の 連 絡 先	所属・氏名 TEL FAX

※1: 副作用・感染症報告分担医師が複数の場合は、全員を記載すること。

(副作用・感染症報告依頼者→病院長)

## 様式11

平成 年 月 日

宮崎県立宮崎病院長 殿

(副作用・感染症報告依頼者)

住 所

名 称

代表者



### 副作用・感染症報告依頼書 (新規・継続)

下記のとおり副作用・感染症報告を行いたいので、宮崎県立宮崎病院製造販売後調査等取扱規則第4条の規定により依頼します。

#### 記

副作用・感染症調査医薬品名	
副作用・感染症報告の内容	
副作用・感染症報告予定数	例 (報告数: 件)
副作用・感染症報告責任医師 職 氏名	職名: 氏名:
副作用・感染症報告分担医師 ※1 職 氏名	職名: 氏名: 職名: 氏名: 職名: 氏名:
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> 予定される副作用・感染症報告費用に関する資料 (平成 年 月 日作成)
依 頼 者 の 連 絡 先	所属・氏名 TEL FAX

※1: 副作用・感染症報告分担医師が複数の場合は、全員を記載すること。