（依頼者→院長） 　　 　　　　　　　　　　　 　 様式９

 西暦　　　 年 月 日

副作用・感染症自発報告依頼書

広島赤十字・原爆病院　院長　　殿

 依頼者

 会社名

 代表者名

 下記のとおり副作用・感染症自発報告の実施をお願いいたしたく、ご依頼申し上げます。

記

１．調査対象医薬品名：

２．調査対象症例数 ： 症例

３．調査担当医師名（所属・氏名）：

４．調査料の額（消費税別）：

　　　　調査経費　　1調査票あたり　　　　　　　　　円

　　　　管理経費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円

５．調査依頼者連絡先：所属・氏名

ＴＥＬ 　　　 ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

 ※ 受付日 西暦 　　　 年 月 日 ※ 受付番号