提出日　　　年　　月　　日

契約確認書（契約申込書）

市販後調査の契約を申し込みます。

|  |
| --- |
| ・調査責任医師および薬剤局DI室調査担当薬剤師に調査概要と調査費を説明してください。  ・全例調査ではないときで医師の作業負担が大きい場合は調査をお断りすることがあります。  ・調査作業に時間を要する場合は調査費を30,000円とすることがあります。  ・契約は書類審査で行います。契約を急ぐ場合はご連絡ください。  ・調査実施の申込み窓口：薬剤局DI室調査担当薬剤師  ・契約の手続き窓口（契約確認書の提出先）：臨床試験管理センター施設契約担当 |

１．調査名

|  |  |
| --- | --- |
| 調査名 |  |
| 依頼会社 |  |
| 担当者・連絡先 |  |

２．調査概要　□にチェックを入れてください。

|  |
| --- |
| ・市販後調査の種類  □ 一般使用成績調査、□ 特定使用成績調査、□ 副作用調査、□ その他（　　　　）  ・契約の種類  □ 新規契約、□ 変更契約：□ 期間延長、□ 医師交代、□ 症例数変更、□ 条文変更  ・調査費の金額：１症例もしくは１調査票あたり（消費税等別）＊算定基準参照  　□ １万円、□ ２万円、□ ３万円、□ その他（　　　万円）  ・症例数および調査票数  　□ 全症例、□ （　　　）症例：□ １調査票、□ 最大・□ 指定（　　　）調査票 |

３．説明承諾日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調査責任医師 |  | 年　　月　　日 |
| DI室調査担当薬剤師 |  | 年　　月　　日 |