様式1-1（第3条関係）

　　　　令和 年 月 日

高知県･高知市病院企業団　企業長 様

　　 依 頼 者 　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　 名　　称

　　代表者名　　　　　　　　　　　　　印

**受 託 研 究 依 頼 書**

**(使用成績調査、特定使用成績調査、市販直後調査、その他これらに類する研究及び調査　用)**

高知県･高知市病院企業団立高知医療センター医薬品等受託研究取扱要綱第３条の規定に基づき、下記のとおり研究を委託したいので、関係資料を添えて依頼します。

記

１ 課題名

２ 目　的

① 区分 □ア 医薬品 □イ 医療機器 □ウ その他（ 　　　 　 ）

　　② 用途 □ア 製造（輸入）承認申請 □イ 製造（輸入）承認事項一部変更申請 　　　 □ウ 再審査申請　 □エ 再評価申請

　　　□オ その他（　　　　　　　　　　　　）

３ 内容及び希望症例数 　　症例　内容:

□契約締結日

４ 実施希望期間　　　　　　　　　　　　　　　　から 令和　　年　　月　　日まで

　　　　　　　　　　 □令和　　年　　月　　日

５ 希望する担当者全て 　科

６ 共同研究者及びコントローラー名　　　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　）

７ 研究費等単価（受託研究契約に係る算定基準に基づく。消費税及び地方消費税別）

□１症例　　　　　 □50,000円

①研究費　　　　　　　 あたり □30,000円

□１調査票　　　　 □20,000円

（□上記以外の場合は単価積算資料を添付：　　　　　　　円

　　②審査契約管理料：

１契約あたり、契約締結時は10,000円、期間延長変更契約時は5,000円

８ 関係資料（関係資料の添付がある場合）

　　　□ア 医薬品等の概要　　 □イ 基礎試験（毒性試験を含む。） □ウ 臨床試験

　　　□エ 外国での状況 　　 □オ その他参考となる資料（　　　　　　　　　　）

９　申立事項

○この研究の実施中、当該医薬品等を基因とする好ましくない作用が発生し、又は発生の可能性を発見したときは、貴院の判断により研究を中止しても異存ありません。また、その原因の究明には、全面的に協力します。

○この研究の実施により得られた結果を研究の目的以外に使用する場合には、事前に貴院の承認を得たうえで行います。

１０　その他（依頼者側の実務担当者連絡先）

　郵便番号と住所

電話：　　　　　　 　FAX:　　 　　 　　　担当者名：