

記載見本

調査責任医師確認後
日付は事務局で記入します

受託研究（製造販売後調査）申込書

() 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター 総長 殿

委託者 (申込者)
(所在地)
(法人名等)
(代表者氏名)

初期表示を削除してご記入下さい
押印は不要です

地方独立行政法人神奈川県立病院機構受託研究取扱規程第4条に基づき、次のとおり受託研究を申し込みます。

該当する区分、用途に■チェックを入れて下さい

研究課題	〇〇静注液10mg 一般使用成績調査		
研究区分	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器	<input type="checkbox"/> 再生医療等製品
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
用途	<input checked="" type="checkbox"/> 再審査申請	<input checked="" type="checkbox"/> 一般使用成績調査	<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 再評価申請	<input type="checkbox"/> 使用成績比較調査	<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 副作用・感染症症例調査	<input type="checkbox"/> 観察研究	<input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> その他		
研究の概要 (別紙参照)	例) 2~16歳未満の患者を対象に小児■■■に対する本剤の使用実態下における安全性の確認。		
希望する県立病院 院機構の研究者	氏名 (研究責任者の前に○を付してください)	所属・職名	
	○ 神奈川 太郎	▲▲科 ・ 部長	
	調査責任医師名のみご記入ください	契約締結日~実施要綱の実施期間終了日をご記入ください	
研究予定期間	契約締結日 から 2025年 4月 1日		
研究経費 (GPS省令以外の 受託研究 (その 他) の場合)	直接経費 (消費税及び地方消費税込み)		円
	間接経費 (消費税及び地方消費税込み)		円
	合計		円
研究経費内訳	年度	年度	年度
	円	円	円

対象年齢/対象疾患/
目的(安全性・有効性)に
ついてご記入ください

研究積算書[別紙1]の積算内訳を参照のうえ税抜きでご記入ください

直接経費 : 調査製作成料 + 同意取得経費

間接経費 : 管理的経費 + 間接経費

県立病院機構 への設備及び 備品等の持込 み	品名・数量・設置場所等	
	例) (備品名) 心電計 持ち込み	
申込者の事務 担当者	氏名	} 調査の担当者(窓口となられる方) についてご記入ください
	所属・職名	
	電話番号	
	メールアドレス	
添付文書 (医薬品等の概 要、研究計画書、 同意説明文書 等)	<input checked="" type="checkbox"/> 実施計画書(実施要綱) <input checked="" type="checkbox"/> 調査票見本 <input checked="" type="checkbox"/> 同意・説明文書 <input checked="" type="checkbox"/> 受託研究経費算出用紙(適宜の様式で可) <input type="checkbox"/> その他 ()	

審査資料を全てご記入ください

「受託研究経費算出用紙」とは
[別紙1]研究積算書を指します

審査資料で上記にない項目につ
いてはその他にご記入ください

(研究責任者記入欄)

研究責任者 事務局で対応します	上記内容の確認日：西暦 年 月 日
	記名捺印または署名：