

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"/> 再評価申請 <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"/> 使用成績比較調査 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 観察研究 <input type="checkbox"/> ()	
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	実施要綱記載の調査実施期間をご記入ください
研究予定期間	調査実施期間 2025年 4月 1日 ～ 2028年 3月 31日 契約期間 契約締結日 ～ 2028年 3月 31日	
研究経費 (GPSP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

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

契約期間をご記入ください

[別紙1]受託研究実施計画書及び研究費積算書の
5. 研究費をご記入ください

研究経費内訳	— 年度 —	— 年度 —	— 年度 —
	— 円 —	— 円 —	— 円 —
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)	■実施計画書(実施要綱) ■調査票見本 ■同意・説明文書 ■受託研究経費算出用紙(適宜の様式で可) □その他 ()		
	審査資料を全てご記入ください		

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

「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

(研究責任者記入欄)

研究責任者	上記内容の確認日：西暦 年 月 日
	記名捺印または署名：

事務局で対応します