

## 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。

研究課題	○○静注液10mg 一般使用成績調査			該当する区分、用途に■チェックを入れて下さい
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"/> ( ) <input type="checkbox"/> 観察研究			
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	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。			
研究の概要 (別紙参照)				
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		
	<input checked="" type="radio"/> 神奈川 太郎	▲▲科 部長		
<input type="checkbox"/> 調査責任医師名のみご記入ください <input type="checkbox"/> 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			

[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	一年度	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		
	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			
申込者の事務担当者	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 ( )		
	「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	上記内容の確認日：西暦 年 月 日
	記名捺印または署名：
<input type="button" value="事務局で対応します"/>	