|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **様式３－２** | 整理番号 |  |
| 区分 | □医薬品　　　　□医療機器　　　　□その他 |
| 用途 | □製造販売後調査　　□その他研究 |

　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪はびきの医療センター　院長　様

受託研究依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

受託研究申請医師

　診療科名

　担当医師名　　　　　　　　　　　　㊞

**受託研究審査票（医療機器・その他用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題 |  |
| 研究区分 | 　□製造販売後調査□使用成績調査　　　□特定使用成績調査□その他研究（ |
| 品名及び規格 |  |
| 開発会社名及び国名 |  |
| 研究の種類 | 　ア　共同　　　　　イ　単独 |
| 研究の方法 | 　 |
|  目標症例数 |  例 |
| 研究期間 |  西暦　　年　　月　　日　～　西暦　　年　　月 日 |
| 研究結果の取扱 |  学会・専門誌等での発表予定 有・無 　　発表方法（　　　　　　　　　　　） |
| 研究委託経費 |  円 |
| 同意を得る方法 |   |
|  担当者連絡先 | 住所：担当者名：　　　　　　　　　　　℡： |

医療機器等の概要

|  |
| --- |
|  |