受付Ｎo． 　（様式４）

 年 月 日

**特定使用・使用成績調査実施承認書**

特定使用・使用成績調査責任医師

 殿

 マツダ株式会社マツダ病院

 病院長 田村　徹 印

 下記の申請に基づいて、特定使用・使用成績調査を実施することを承認します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品 | 一般名 |  |
| 医薬品名 |  |
| 剤型・規格 |  |
| 調査の目的 |  |
| 調査方法 |  |
| 調査期間 | 契約締結日 ～ 　　 年 月 日  |
| 予定症例数 |  症例  |
| 特定使用・使用成績 調査依頼者 |  |
| 特定使用・使用成績 調査担当医師 |  |
|  その他 |  |