

製造販売後調査における情報提供についての同意書（病院用）

調査の課題名： _____

上記調査にご参加いただくことにあたり、この調査成績（病状・検査データ・効きめ・副作用等）は調査を依頼した製薬会社を通して厚生労働省へ提供されます。しかし、患者さんのお名前・住所などの個人情報を当院から製薬会社及び厚生労働省へ提供する事はありません。また、医学雑誌などに発表されることがありますが、個人の情報が公表されることはありませんのでご安心ください。

上記に関しまして私（代諾者）は、この調査成績が調査を依頼した製薬会社
(_____ 会社)を通して厚生労働省へ提供されることに同意します。

千葉医療センター 院長 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人

氏名 _____

代諾者

氏名 _____

本人との関係 _____

説明日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者

担当医師名 _____

診療科名 _____

製造販売後調査における情報提供についての同意書（患者さん用）

調査の課題名： _____

上記調査にご参加いただくことにあたり、この調査成績（病状・検査データ・効きめ・副作用等）は調査を依頼した製薬会社を通して厚生労働省へ提供されます。しかし、患者さんのお名前・住所などの個人情報を当院から製薬会社及び厚生労働省へ提供する事はありません。また、医学雑誌などに発表されることがありますが、個人の情報が公表されることはありませんのでご安心ください。

上記に関しまして私（代諾者）は、この調査成績が調査を依頼した製薬会社
(_____ 会社)を通して厚生労働省へ提供されることに同意します。

千葉医療センター 院長 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人

氏名 _____

代諾者

氏名 _____

本人との関係 _____

説明日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者 担当医師名 _____

診療科名 _____