（様式５）

西暦　　　年　　月　　日

**製 造 販 売 後 調 査 分 担 医 師 リ ス ト**（許可番号第　　　号）

徳島大学病院長　殿

責任医師

所属

職名

氏名 　　 　印

下記の調査において，下に示す者を分担医師に指名いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 製　品　名 |  |
| 課題名 |  |
| 分担医師 | 所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名  所属・職名　　　　　　　　　　 氏名 |

西暦　　　　年　　月　　日

上記の調査において、分担医師のリストを了承します。

　　　　　　　　　　　　　　　徳島大学病院長　（病院長名）　　　印