

製造販売後調査 連絡・請求先 概要

作成日： 年 月 日

整理番号 第 - 号	
調査対象薬等	
実施診療科 責任医師	実施診療科 科 責任医師
依頼者 (請求書送付先)	社名 代表者氏名 所在地 〒 担当者氏名 連絡先住所 〒 連絡先 TEL 及び FAX E-mail ; @
請求書送付先が上記 と異なる場合	社名 代表者氏名 所在地 〒 担当者氏名 連絡先住所 〒 連絡先 TEL 及び FAX E-mail ; @
備考	