

西暦 年 月 日

調査業務受託者の業務範囲に関する資料

京都大学医学部附属病院長 殿

調査依頼者

(住所)

(名称)

(代表者)

印

調査業務受託者

(住所)

(名称)

(代表者)

印

貴院に申請する下記調査は、GPSP 省令第 171 号に基づき、以下の通り調査業務の一部を委託していることを報告します。

記

| | |
|----------------|-----------|
| 調査課題名 | |
| 医薬品等名・規格 | |
| 調査業務受託者が実施する業務 | |
| 提出資料 | 委受託契約書（写） |