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） |