

Medical Information Request Form (MIRF)

의학적 문의

문의 접수일*:

(Astellas)*

성함 (Astellas 직원)*

이메일 (Astellas 직원)*

문의자 정보:

문의자 유형(적절한 보기 선택) *:

문의자 호칭 (적절한 보기 선택):

문의자 이름*:

문의자 성*:

문의자 주소(우편번호 포함) *:

국가*:

문의자 연락 정보 (전화 번호(지역번호, 국가 번호 포함) 또는 이메일 주소) *:

문의 상세 내용:

제품 *:

환자와 관련이 있습니까? (적절한 보기 선택) *?

빠른 답변이 필요하십니까? (적절한 보기 선택) *?

만약 예라고 대답하신 경우, 답변이 필요한 날짜를 기재해주십시오.

문의 상세 내용/질문 내용 *:

만약 문의가 임상 논문자료 요청일 경우, 아래와 같은 정보를 기입해주십시오: 제목, 저자명, 연도, 저널명, 페이지

문의 내용 전달 방법 (적절한 보기 선택) *?

Disclosure and certification

1) 저는 이 문의가 문의자의 자발적 정보 요청임을 증명합니다. () *

2) 저는 이 이메일이 잠재적 약물 이상반응(Adverse Event)/특수상황(Special Situation) 혹은 제품 품질 불만(Product Quality Complaint)을 보고하는 용도로 사용되지 않음을 알고 있습니다. 위 사항들은 인지 후 24 시간 이내 PV 팀 그리고/혹은 QA 팀에 별도로 보고되어야 합니다. () *

3) 가 () *

* 표시는 필수 기입 항목입니다. 필수 정보가 누락될 경우 답변이 지연될 수 있음을 알려드립니다.