西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査報告書

|  |
| --- |
| **調査依頼者** 名称 代表者　　　　　　　　　　　　　　　印 |

刈谷豊田総合病院 病院長　様

下記の通り、製造販売後調査を □継続・ □終了・ □中止 しましたので報告いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調査薬品名 |  | |
| 調査課題名 |  | |
| 調査の種類 | □使用成績調査　□特定使用成績調査　□その他 | |
| 調査責任医師 | 診療科： | 氏名： |
| 契約期間 | （西暦）　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | |
| 報告対象期間\* | （西暦）　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | |
| 報告対象期間における 調査票 回収実績 | 今回、回収した調査票：　　　　　冊 | |
| 累計（今回、回収した調査票も含む）：　　　　　例　　　　　冊 | |
| \*前回報告後以降の期間としてください  <調査票の回収状況の詳細について>  支払い済の調査票、今回の報告対象期間内に回収した支払いが済んでいない調査票が区別できるように別紙（書式自由）にて詳細を症例毎のご報告を願います。 | | |
|  | | |
| 請求書送付先 |  | |
| 担当者名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| E-mail |  | |
| 備考 |  | |