

製造販売後調査終了報告書

新潟県立がんセンター新潟病院長
横山 晶 様

製造販売後調査担当医師(代表)

所 属:

職 名:

氏 名:

印

年 月 日付けで承認された製造販売後調査が、下記のとおり終了したので報告します。

記

調 査 課 題 名	
調 査 依 頼 者 住 所 会 社 名 代 表 者 名	
調 査 担 当 医 師 (複数の場合全員)	所属・職名 氏名
薬 品 名	
規 格 ・ 剤 型	
調 査 期 間	契約締結日 ~ 平成 年 月 日
調 査 例 数	例
調査成績の概要	
その他特記事項	

注1 年度末に一部終了報告となった場合は、「表題」を製造販売後調査終了報告書(一部終了)、「その他特記事項」に〇〇年度〇〇(委託料にあわせて)終了と記載してください。

注2 副作用・感染症報告の場合、「調査期間」は記載不要です。