

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

製造販売後調査終了報告書

実施医療機関の長

第二大阪警察病院 病院長 殿

調査依頼者

(名称)

(代表者)

調査責任医師

(所属・職名)

(代表者)

下記の通り、製造販売後調査を終了しましたので報告致します。

記

対象品目名	
調査課題名	
調査区分	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査 <input type="checkbox"/> その他 ()
調査目的	
実施症例数	症例 (予定症例数 症例)
調査期間	年 月～ 年 月
担当医師名	
調査料	円 (税別)
備考	
担当者連絡先	氏名： 所属： TEL： FAX： Email：