

登録番号 \_\_\_\_\_

## 製造販売後調査終了（中止）報告書

西暦 年 月 日

成田赤十字病院

院長 殿

担当責任医師

所属・職名 :

氏 名 :

印

依頼者

住 所 :

名 称 :

代表者 :

印

\_\_\_\_\_ について、下記のとおり製造販売後調査を終了（中止）しましたので報告致します。

## 記

医薬品等名	
調査課題名	<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"/> 副作用等
対象疾患（副作用等）	
調査実施期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日
予定調査数	症例・ 調査票
結果報告	症例・ 調査票
概要	注：調査を中止した場合は、その理由を記載する。