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 | □　一般使用成績調査　　　　　　□　特定使用成績調査  □　使用成績比較調査　　　　　　□　副作用等  　□　その他（上記に該当しない調査） |
| 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。 |