

登録番号

製造販売後調査終了（中止）報告書

西曆 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

依賴者

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。