西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査終了（中止・中断）報告書

国立大学法人

信州大学医学部附属病院　病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　製造販売後調査依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

下記の製造販売後調査を　□終了、□中止、□中断　しましたので報告致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 品名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 実施症例数（報告書回収実績） | 計　　症例（計　　冊） |
| 調査実施期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 調査結果の概要等(中止・中断した場合、その理由も記載) | 安全性有効性GPSP遵守状況その他 |
| 担当者連絡先（書類郵送先） | 氏名：　　　　　　　　　　 所属： 〒・住所：TEL：　　　　　　　　 Email: |

西暦　　年　　月　　日

治験審査委員会　国立大学法人信州大学医学部附属病院治験審査委員会　委員長　殿

製造販売後調査依頼者　　　（名称）　　　　　　　　　　殿

上記製造販売後調査について以上のとおり通知いたします。

実施医療機関の長

国立大学法人信州大学医学部附属病院　病院長