西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査等終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

熊本大学病院長　殿

製造販売後調査等責任医師

所属・職名：

氏名：

下記の調査を以下のとおり　□終了、□中止、□中断　しましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 |  |
| 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□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施症例数/回収調査票数 | 　　　例　　／　　　　　　　冊 |
| 契約期間 | 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） |  |

西暦　　　年　　月　　日

治験審査委員会　　　　　　熊本大学病院

治験審査委員会　委員長　殿

製造販売後調査等依頼者　 （名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

上記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

熊本大学病院長