西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査終了（中止）報告書

実施医療機関の長

国立大学法人 神戸大学医学部附属病院

病院長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査責任医師

（所属）

（氏名）　　　　　　　　印

下記の製造販売後調査を以下のとおり　□終了・□中止　しましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名/医療機器名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 実績 | 実施症例数：　　　　　例（うち、完了例数：　　　例、中止例数：　　例）同意取得症例数：　　　例登録のみ症例数： 例 |
| 回収済報告書数 | 報告書 |
| 調査成績の概要等（安全性、副作用の有無等）※中止、中断した場合、その理由も記載 |  |

西暦　　　　年　　月　　日

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 神戸大学医学部附属病院　病院長