西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査実施に関する報告書

診療科長

　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　（記名押印又は署名）

下記の製造販売後調査を実施いたしたく報告申し上げます．

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 |  |
| 一般名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 調査期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |

上記製造販売後調査の実施を了承します．

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名：

西暦　　　年　　月　　日　　診療科長：（記名押印又は署名）