西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名）殿

責任医師

（氏名）　　　　　　　　印

下記の製造販売後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

|  |  |
| --- | --- |
| 一般名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 実績 | 予定症例数：　例  実施症例数：　例 |
| ＜登録のみへ移行した調査＞  登録症例数：　例 |
| 調査期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| その他） | 安全性  有効性  その他 |

西暦　　　年　　月　　日

治験審査委員会　委員長　殿

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

（実施医療機関名）（長の職名）