

西暦 年 月 日

製造販売後調査実施状況報告書

実施医療機関の長

大分大学医学部附属病院 病院長 殿

責任医師

大分 太郎 印

下記の製造販売後調査における実施状況を以下のとおり報告いたします。

記

依頼者	
一般名	
調査課題名	
実績	実施例数(うち実施中) : 例 (例) (目標とする被験者数 : 例) (同意取得をした場合 (同意取得例数 : 例)) (西暦 年 月 日現在)
調査期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
調査実施状況	<p>安全性</p> <p>有効性</p> <p>その他</p> <p>実施要綱に記載されている調査期間を記載</p> <p>責任医師と協議し安全性、有効性など現在の状況について記載</p>
担当者連絡先	氏名 : 所属 : TEL : FAX : Email :

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

大分大学医学部附属病院 病院長 殿

責任医師

大分 太郎 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 実施要綱に記載されている調査期間を記載
	有効性
	その他 責任医師と協議し安全性、有効性について記載

西暦 年 月 日

治験審査委員会 委員長 殿

依頼者 ABC 株式会社 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。

日付はblank

実施医療機関の長

大分大学医学部附属病院 病院長