

整理番号		調査責任医師確認欄
区分	<input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査	
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器	

記載見本

西暦 年 月 日

製造販売後調査等実施状況報告及び~~継続・終了（中止・中断）~~届

中東遠総合医療センター
院長 様

継続か終了を選択し、不要な箇所は
取り消し線を引いてください。

製造販売後調査依頼者
名称
代表者
調査責任医師
氏名

押印不要

下記の通り、製造販売後調査実施状況を報告します。

本調査は、~~次年も継続して実施します。本年にて終了（中止・中断）となります。~~

調査課題名	
実施診療科	
契約期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日
実施予定期間内の 予定症例数	症例（ 冊／1症例）
報告書回収状況	<input type="checkbox"/> 調査票 年の途中で提出の場合は現時点の冊数を記入してください 20XX年（1/1～12/31） 回収冊数： 冊 前年12月まで 回収冊数： 冊 <input type="checkbox"/> 現在登録のみ（調査票なし）継続中（登録のみ： 例）
調査実施状況	（調査の進捗状況、副作用・有害事象の状況、等）
文書の保存期間 等	貴医療機関で保管中の調査資料につきましては、以下のとおりの取扱いをお願いします。 <input type="checkbox"/> 廃棄してください。 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日まで保存してください。

整理番号		調査責任医師確認欄
区分	<input type="checkbox"/> 使用成績調査	<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器

	<input type="checkbox"/> その他 ()
担当者連絡先	氏名： 住所： 電話： メールアドレス：
調査費用支払い 状況	

西暦 年 月 日

中東遠総合医療センター臨床研究審査委員会
委員長 様

事務局記載欄

中東遠総合医療センター
院長 印

上記の通り、報告がありましたので通知します。