様式３

西暦　　　　年　 月　 日

住　所

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　様

栃木県日光市森友145-1

獨協医科大学日光医療センター

病院長　　　安　　隆則　　印

**医薬品・医療機器の製造販売後調査実施に関する決定通知書**

　西暦　　　　年　 月 　日に貴社から実施依頼のあった製造販売後調査について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

１．品　　名

　　契約番号　　　　第　　　　　　号

２．調査区分　　　　□一般使用成績調査　　　□特定使用成績調査

□使用成績比較調査

３．実施体制

　　　診療科

　　　診療科長

　　　調査担当医師

４．予定症例数　　　　　　　　　　例

５．調査期間　　　　契約締結日より西暦　　　　年　　月　　日まで

６．結　　果　　　　□承認　　　□保留　　　□不承認

７．備　　考