様式１１

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終了に関する通知書**

　下記の製造販売後調査が終了しましたので通知いたします。

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．契約締結日　　　西暦　　　　年 　月 　日

４．実施体制

　　　診療科

　　　診療科長

　　　調査担当医師

５．実施症例数　　　　　　　　　　例（予定症例数：　　　例）

６．調査期間　　　　契約締結日より西暦　　　　年 　月 　日まで

７．備　　考