

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 山口 悟 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