

様式9

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の変更に関する決定通知書

西暦 年 月 日に貴社から変更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. 契約締結日 西暦 年 月 日

4. 実施診療科

診療科長

5. 変更内容

変 更 事 項 及び変更年月日	変 更 前	変 更 後

6. 備考