

契約時に採番された番号をご記載ください。

副作用等調査番号 第\* \* \* \*号

(西暦) 年 月 日

### 副作用・感染症・不具合詳細調査終了報告書

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構  
倉敷中央病院 院長 殿

実際の提出日に当日の日付を  
ご記入いただきます。案の時点  
では空欄で結構です。

代表者は役職もご記載ください。

調査依頼者

(名称) ○○○○○○○株式会社

(代表者名) 代表取締役社長

△△ △△ 印

下記の調査を終了したことを報告いたします。

記

調査対象品目	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品 <input type="checkbox"/> 医療機器
調査区分	<input checked="" type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 不具合
対象製品名	◇◇◇◇◇錠 10mg
副作用(感染症・不具合)名	間質性肺炎
調査期間	(西暦)2023年2月1日 ~ (西暦)2023年12月31日
実施診療科	□□□□科
調査責任医師	▽▽ ▽▽
実施症例数 および調査票数	<u>1</u> 例 <u>1</u> 調査票
振込金額	<u>28,600</u> 円 (内消費税 <u>2,600</u> 円)
振込日	(西暦)2023年12月20日
依頼者担当者 連絡先	所属: ●●支店 ▲▲▲営業所 氏名: ◆◆◆◆ TEL: XXX-XXXX-XXXX E-mail: zzzzz@zzz.co.jp
備考	

調査期間の開始日は、契約締結日の  
日付、終了日は予め設定していた終  
了時期をご記入ください。

振込が完了した日付を記載してください。

上記調査の報告を受理しました。

(西暦) 年 月 日

倉敷中央病院 製造販売後調査事務局