製造販売後調査番号　第　　　　　号

（西暦）　　　　　年　　　　月　　　日

**製造販売後調査終了報告書**

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

製造販売後調査依頼者

（名称）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

調査責任医師

（診療科名）

所属長（氏名）　　　　　　　　　　　　　 　　 印

調査責任医師（氏名）　　　　　　　　　　　 印

　下記のとおり、製造販売後調査を終了しましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名  |  |
| 調査期間（予定） | （西暦）　　　　　　年　　　月　　　日　～　（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 依頼症例数 |  例　　（1症例あたり最大　　　　調査票） |
| 実施症例数及び作成調査票数 | 　　　　　　　例　　　　　　　　　　調査票 |
| 調査経費（1調査票あたり） | ￥　　 （内　　間接経費　￥　 　　（　消費税別　）） |
| 支払経費合計（支払予定含む） | ￥　　 （内　　間接経費　￥　 　　（　消費税別　）） |
| 振込完了（予定）日 | （西暦）　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 備考 |  |

（西暦）　　　　　年　　　　月　　　日

倉敷中央病院　医の倫理委員会　委員長　殿

上記の製造販売後調査について、以上のとおり通知いたします。

倉敷中央病院　院長