様式－P5

製造販売後調査番号　第＊＊＊＊号
（西暦）　　年　　月　　日

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。

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）　○○○○○○○○株式会社
（代表者名）　製造販売後調査等管理責任者
△△　△△　　印

調査責任医師
（診療科名）　□□□□科
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。

調査期間の開始日は、契約締結日の日付、終了日は予定の終了時期をご記入ください。
※承認条件解除までの場合は「承認条件解除まで」と書き換えてください。

記

課題名	◇◇◇◇◇◇◇◇◇錠特定使用成績調査
調査期間（予定）	（西暦）　2015 年　5 月　1 日　～　（西暦）　2017 年　12 月　31 日
依頼症例数	10 例　（1 症例あたり最大　3　調査票）
実施症例数及び作成調査票数	8 例　　20 調査票
調査経費（1 調査票あたり）	￥　39,000（内　間接経費　￥ 9,000（　消費税別　））
支払経費合計（支払予定含む）	￥　780,000（内　間接経費　￥　180,000（　消費税別　））
振込完了（予定）日	（西暦）　　年　　月　　日
備考	

開始から終了までの支払い対象となった症例数と調査票数の合計をご記入ください。

消費税を含めない金額でご記載下さい。

振込が完了した日またはその予定日をご記載ください。

（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