製造販売後調査番号　第　　　　　号

（西暦）　　　　　年　　　　月　　　日

**製造販売後調査届出書兼受理書**

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

　下記の製造販売後調査の　□実施　□変更　□終了　を届出いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |
| 調査対象品目 | * 医薬品　　□ 医療機器
 |
| 製品名 |  |
| 症例登録期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 添付資料 | * 実施要綱/調査実施計画書　　□ 登録票（見本）　　□ 添付文書
* その他　（）
 |
| 担当者連絡先（依頼者） | 所属： | 氏名： |
| TEL： | E-mail： |
| 備考※変更の届出の場合は、変更理由等を記載すること。 |  |

製造販売後調査について、上記届出を受理しました。

（西暦）　　　　　年　　　　月　　　日

倉敷中央病院　製造販売後調査事務局