　西暦　　　　年　　月　　日

**製造販売後調査 終了(中止) 報告書**

独立行政法人地域医療機能推進機構

船橋中央病院長

調査依頼者　名称

代表者　　　　　　　　　　　　　押印省略

下記の製造市販後調査を（ □終了　□中止）しましたのでご報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名 |  |
| 調査区分 | □　一般使用成績調査  □　特定使用成績調査 |
| 調査責任医師 | 診療科　　　　　　　　　　医師名 |
| 契約期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 契約症例数 | □全例（1症例あたり　　　調査票）  □　　例（1症例あたり　　調査票） |
| 調査経費 | 円/１調査票 |

|  |  |
| --- | --- |
| 調査実施症例数 | □調査終了　（　　　　　症例・　　　　調査票）  □調査中止　（　　　　　症例・　　　　調査票） |
| 今回の精算対象 | 症例・　　　　調査票 |
| 今回の精算金額 |  |
| 結果概要 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼担当者連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　所属  住所  Ｅ-mail　　　　　　　　　　　TEL |