様式5

 年 月 日

製 造 販 売 後 調 査 終 了（中 止）報 告 書

石巻赤十字病院長　様

　調査責任医師

　所　属

　職　名

氏　名 　　　　　　　　　　　印

下記の製造販売後調査について、以下のとおり□終了、□中止しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 製品名（一般名） |  |
| 調査課題名 |  |
| 調査依頼者 | 会社名：代表者名： |
| 実施期間 | 契約締結日 ～　　　　年　　月　　日 |
| 実施症例数 | 例（予定症例数　例） |
| 調査結果の概要 | 有効性安全性※調査を中止した場合は、その理由についても記載する。 |