

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 有害事象
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 年 月 日

製造販売後調査実施計画書等修正報告書

下関市立市民病院 院長 殿

治験依頼者

(名称)

(代表者)

治験責任医師

(氏名)

西暦 年 月 日付で「修正の上で了承」と通知のあった製造販売後調査実施計画書等について、以下のとおり修正しましたので報告いたします。

記

調査薬の化学名 又は識別記号		実施計画書番号	
課題名			
「修正の上で了承」 の条件・理由等			
対応内容	修正前		修正後
添付資料			
担当者連絡先	氏名 :	所属 :	
	TEL :	FAX :	Email :