

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

終了（中止・中断）報告書

下関市立市民病院 院長 殿

調査責任医師
(氏名)

下記の製造販売後調査を以下のとおり 終了、中止、中断 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			
実績	実施例数 : 例 (目標とする調査例数 : 例) (同意取得をした場合 同意取得例数 : 例) 完了例数 : 例 中止例数 : 例 同意取得例数 : 例		
当院での調査期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		
調査結果の概要等 (中止、中断した場合、 その理由も記載)			

西暦 年 月 日

依頼者 殿

上記製造販売後調査について以上のとおり通知いたします。

下関市立市民病院 院長