

| | |
|------|---|
| 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

製造販売後調査申請結果通知書

依頼者

(名称)

(代表者)

殿

調査責任医師

殿

下関市立市民病院
院長

申請のあった件についての結果を下記のとおり通知いたします。

記

| | | | |
|-------------------|---|---------|--|
| 調査薬の化学名 又は識別記号 | | 実施計画書番号 | |
| 課題名 | | | |
| 申請事項 | <input type="checkbox"/> 製造販売後調査の実施の適否 <input type="checkbox"/> 製造販売後調査の継続の適否 <input type="checkbox"/> 製造販売後調査に関する変更 (変更申請書 (西暦 年 月 日付) <input type="checkbox"/> 継続審査 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 審査結果 | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 修正の上で承認 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留 | | |
| 「承認」以外の 場合の理由等 | | | |
| 備考 | | | |