西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構下志津病院

院　長　　殿

調査責任医師

（氏名）　　　　　　　　印

下記の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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査薬の名称 |  | 調査実施計画書番号 |  |
| 調査課題名 |  | | |
| 実績 | 目標とする症例数(契約症例数)：　　例  実施例数：　　例 | | |
| 調査の期間 | 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） | 有効性  安全性  その他 | | |

西暦 　　年　　月　　日

受託研究審査委員会

独立行政法人国立病院機構下志津病院

治験審査委員会　委員長　　　　　　　　殿

調査依頼者

（名称）　　　　　　　　　　　　　　殿

上記調査について以上のとおり通知いたします。

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構下志津病院　院長　　 印