

契約番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 (全例調査)
	<input type="checkbox"/> 使用成績比較調査
	<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

製造販売後調査終了報告書

久留米大学医学部附属病院
 病院長 志波 直人 殿

調査依頼者

コメントの追加 [A2]: 一般使用成績調査のうち、全例調査の場合は「使用成績調査 (全例調査)」を選択してください。

コメントの追加 [A1]: 該当するものを■としてください。

コメントの追加 [A3]: ご提出の際には日付をご記入ください。

コメントの追加 [A4]: 医療センターの場合は「久留米大学医学部附属医療センター 病院長 大川 孝浩」に変更してください。

コメントの追加 [A5]: ご捺印は必須ではございません。ご捺印されない場合は「印」を削除してください。

下記の調査を以下のとおり終了しましたので報告いたします。
 記

印

医薬品名 (医療機器名)	
調査課題名	
調査期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
実績	実績症例数 (調査票) 数 : 例 冊 (契約数 : 例 冊)
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
	GPSP遵守状況
	関係書類廃棄可能日 年 月 日
担当者連絡先	氏名 : 所属 :
	〒 住所 :
	TEL : FAX :
	Email :

以上

西暦 年 月 日

上記の契約内容を確認しました。

調査責任医師 (氏名) 印

コメントの追加 [A6]: 「承認後 5 年間」等ではなく、具体的な日付をご記入ください。なお、契約期間を超えて保管が必要な場合でも契約の延長は不要です。

コメントの追加 [A7]: 日付は入れないでください。

コメントの追加 [A8]: 責任医師名の記載と捺印取得をお願いいたします。

システム入力

支払状況確認