

日付は空白

平成（西暦） 年 月 日

医薬品製造販売後調査（使用成績調査・特定使用成績調査）に関する  
指示・決定通知書

調査責任医師

責任医師の氏名

殿

調査依頼者

殿

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院  
院長 安井 久喬 印

日付は空白

平成（西暦） 年 月 日に申請のあった製造販売後調査について、下記のごとく決定したので通知  
します。

記

調査対象医薬品名	( <input type="checkbox"/> 本採用) ( <input type="checkbox"/> 仮採用)
調査の区分	<input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告
調査内容	全て記載
審議事項	<input type="checkbox"/> 調査の実施の可否 <input type="checkbox"/> 調査の継続の可否 <input type="checkbox"/> 医薬品製造販売後調査実施計画の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )
決定結果	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 修正の上で承認する <input type="checkbox"/> 却下する
調査責任医師	所属・職名 氏名
調査分担医師	所属・職名 氏名 所属・職名 氏名 所属・職名 氏名 所属・職名 氏名
調査予定症例数	症例
調査予定期間	契約締結日 ~ 平成（西暦） 年 月 日

該当部分にチェック  
初回は「実施の可否」

全て記載  
様式1と同様

日付は空白

調査責任医師	上記内容の確認日： 平成（西暦） 年 月 日
責任医師の氏名	捺印又は署名： 浜の町 太郎
	印 必須