

調査様式5-1

調査責任医師→院長→治験審査委員会委員長

西暦 年 月 日

日付は空欄

医薬品製造販売後調査終了（中止・中断）報告書

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院
院長 殿

調査責任医師

所属：

職名：

氏名：

予め入力

必須

印

該当箇所にチェック

下記の調査を（ 終了、 中止、 中断）しましたので報告します。

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	
実施症例数	例（予定症例数 例）
調査実施期間	契約締結日：西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
調査結果	使用成績調査/特定使用成績調査 本院で実施した調査の結果をまとめて記載してください。 副作用・感染症報告 調査票のコピーを添付する場合には「添付書類参照」 添付なしの場合は 事象名・発現日・事象の重篤度・因果関係の有無 事象の経緯などをまとめて記載してください。

契約書上の数

調査様式5-2

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院
治験審査委員会 委員長 殿

西暦 年 月 日

日付は空欄

上記調査について以上のとおり通知いたします。

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院
院長 印