西暦　　　　 年　　月　　日

製造販売後調査等実施状況報告書

実施医療機関の長

　旭川医科大学病院長　殿

製造販売後調査等責任医師

　（所属）・（氏名）

下記の製造販売後調査等における実施状況を以下のとおり報告いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査対象薬の  一般名 |  | 製造販売後調査  実施要綱番号 | |  |
| 調査等課題名 |  | | | |
| 調査等依頼者 |  | | | |
| 実績 | 契約症例数　：　　例 | | | |
| 実施症例数　：　　例　（うち実施中　　例） | | | |
|  | | （西暦　　　　年　　月　　日現在） | |
| 調査等の期間  （実施要綱記載の期間） | 西暦　　　　年　　月　　日 ～ 西暦　　　　年　　月　　日 | | | |
| (症例登録期間：西暦　　　　年　　月　　日 ～ 西暦　　　　年　　月　　日) | | | |
| 契約期間 | 西暦　　　　年　　月　　日 ～ 西暦　　　　年　　月　　日 | | | |
| 製造販売後調査等  実施状況 | ・調査票回収状況（(調)書式11・17別紙 参照） | | | |
| ・以下該当の場合のみ記載  　　調査票記載を必要とする症例登録終了日 ：　西暦　　　　年　　月　　日  　　症例登録のみが実施された症例数　：　　例 | | | |
| ・その他 | | | |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　　　　　　Email： | | | |