

整理番号	
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
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 年 月 日

製造販売後調査承認通知書

会社名

代表者名 殿

公立学校共済組合

九州中央病院

病院長 前原 喜彦 印

西暦 年 月 日付申請のあった製造販売後調査について下記のとおり承認することに決定しましたので通知致します。

記

医薬品等名		
調査課題名		
調査目的		
予定症例数	症例	
調査期間	契約締結日 ～ 西暦 年 月 日	
担当医師名	科	
依頼会社担当者	担当者氏名 連絡先	