（別記第５号様式その３）（第８条関係） （和歌山県立医科大学サテライト診療所本町用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 製造販売後調査終了報告書  年　　月　　日  附属病院長　様 | | | | | | | | |
|  | | | | 和歌山県立医科大学サテライト診療所本町 | | | | |
| 所長名　●●　●● | | | （印） | |
| 講座名　●●●科  講座責任者  職氏名　教授　●●　●● | | | (印) | |
| 先に　　　　年　　月　　日付け和医大　（　）第　　　号で承認を受けた（医薬品・医療機器・再生医療等製品）の製造販売後調査について、下記のとおり終了しましたので報告します。  記 | | | | | | | | |
| 製造販売後  調査の課題  名及び種類 | |  | | | | | | |
| 一般使用成績調査　　　　　特定使用成績調査　　　使用成績比較調査  　その他（ ） | | | | | | |
| 担当医師の職･氏名 | |  | | | | | | |
| 調査依頼者  住　　　所  氏　　　名 | |  | | | | | | |
| 調査期間 | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 契約症例数 | | 症例 | 実施症例数 | 症例 | | 総調査票数 | 調査票 | |
| 調査の結果  そ　の　他 | |  | | | | | | |
| ※「調査の結果　その他」欄には次の内容を記載してください。  　　・副作用の有無、有の場合は症状名  　　・脱落症例の有無、有の場合はその理由  　　・実施症例数が契約症例数に未達の場合は、その理由 | | | | | | | | |