西暦　　　　　　年　　　月　　日

副作用・感染症調査終了（中止）届

独立行政法人地域医療機能推進機構

札幌北辰病院長　殿

調査担当医師

診療科：

　氏　名：　　　　　　　　　　　　　印

調査依頼者

　会社名：

　責任者名：　　　　　　　　　　　　印

下記の副作用・感染症調査が終了（中止）しましたのでお届け致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象医薬品名 |  |
| 調査の目的 | 製造販売後における当該医薬品の副作用・感染症情報の収集 |
| 調査実施症例数 | 例（予定症例数　　　例） |
| 費用総額 | 円 |
| 備　考 |  |