

いずれかにチェックを入れてください

整理番号	年度第 号
区分	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦                      年                      月                      日

### 製造販売後調査実施状況報告書

提出の日付を記入ください

国立大学法人 宮崎大学医学部附属病院 病院長 殿

診療科等の長

（所属） ○○○科

（氏名） \* \* \* \*

捺印が必要です

印

製造販売後調査責任医師

（所属） ○○○科

（氏名） \* \* \* \*

印

下記の製造販売後調査における実施状況を以下のとおり報告いたします。

記

製造販売後調査依頼者	* * * * * 製薬会社		
製品名	* * * * *	製造販売後調査実施計画書番号	* * * * *
製造販売後調査課題名	* * * * * 使用成績調査		
製造販売後調査区分	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査		
実績	契約例数    :    例 実施例数    :    例 <div style="text-align: right;">（西暦                      年                      月                      日現在）</div>		
製造販売後調査の期間	契約締結日    ~    西暦                      年                      月                      日		
製造販売後調査実施状況	<p>有効性 例) 有効である</p> <p>安全性 例) 安全性に問題なし</p> <p>その他</p>		

いずれかにチェックを入れてください

契約期間を記入ください

※責任医師と相談して内容を記入してください

注) 本様式は製造販売後調査責任医師が正本（記名捺印又は署名したもの）を1部作成し、国立大学法人 宮崎大学医学部附属病院 病院長に提出する。