様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

製造販売後調査終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

社会福祉法人恩賜財団済生会千葉県済生会習志野病院

院長　小林　智　殿

倫理審査委員会委員長 殿

　製造販売後調査依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施診療科：

医師名：　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の製造販売後調査を　□終了、□中止、□中断　しましたので報告致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査の区分 | □一般使用成績調査 □特定使用成績調査　□使用成績比較調査　（ 全例調査方式：□該当　□該当せず ）　□その他（　　　　　　　　　） |
| 医薬品名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 実施症例数及び　　報告書回収実績 | 　　　　症例　　　　報告　 |
| 調査実施期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 調査結果の概要等(中止・中断した場合、その理由も記載) | 安全性有効性GPSP遵守状況その他 |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　 所属： 〒・住所：TEL：　　　　　　　　 Email: |
| 調査・登録費用発生の有無 | □有　□無 |

製造販売後調査支払依頼書兼費用実績報告

西暦　　 年 月　 日

社会福祉法人済生会

千葉県済生会習志野病院　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　製造販売後調査依頼者

　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　㊞

1、医薬品名　一般名：

(商品名)：

2、課題名：

3、診療科：　　　　　　　　科　　　調査担当医師氏名：　　　　　　　　　　医師

4、調査期間：　　　　　　～

5、実施症例数：　　　　　　症例　　　　　　調査票

6、費用：本調査対価　1症例・調査票・報告書　　　　　　　　円消費税　　　　円（　　　％）

**今年度支払依頼合計**　●症例・調査票・報告書　　　　　　　円（内）消費税　　　　円（　　　％）

7、**支払方法：原則として、請求書受領後納入**

8、請求先名（請求書に記載）：　　　　　○○株式会社

　振込者名（請求書に記載）：　　　　　○○株式会社

請求書送付先：返信用封筒を同封又は、請求書送付先の宛名を下記、ご記載ください。

|  |
| --- |
| 〒　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |

9、過去費用実績報告

※これまでの支払実績を記入（要事追記可能。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（西暦）年度** | **回収報告書冊数** | **金額（消費税込）** |
| 年度 | 冊 | 円 |
| 年度 | 冊 | 円 |
| 年度 | 冊 | 円 |
| 年度 | 冊 | 円 |
| 終了時 | 冊 | 円 |