西暦　　　　年　　月　　日

受託調査終了・中止報告書

福島県立医科大学附属病院長　殿

調査依頼者

（名　　称）

（職・氏名）　　　　　　　　　　　殿

診療科等の長

（診療科等）

（職・氏名）　　　　　　　　　　　　 印

下記のとおり受託調査が

**□ 調査の終了　 □ 調査の中止**　　しましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| プロジェクトNo. |  |
| 調査課題名 |  |
| 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　　　□ 副作用・感染症報告等 |
| 対象医薬品等の概要 |  □ 医薬品　　□ 医療機器　　□ 再生医療等製品　　□ その他（　　　　　　） |
| 調査終了年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 調査結果の概要（契約症例数、実施症例数、調査結果等） |  |
| その他 |  |
| 依頼者担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　　　　FAX:　　　　　　　　Email: |