理事長	事務局長	経営管理課長	総務研修担当	薬剤部長	主任

伺い）下記のとおり終了・中止の申請がありました。規約に従い調査責任医師に終了の通知をしてよろしいか。

第15号様式　　理事長決裁：西暦　　年　　月　　日

製造販売後調査終了・中止申請書

西暦　　年　　月　　日

岐阜県立多治見病院　理事長　様

（調査依頼者）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（会社名・代表者名）

貴医療機関に実施を依頼いたしました下記の調査について、終了・中止しましたので申請します。

記

1	医薬品名または 医療用具名・規格	
2	調査の種類	□使用成績調査　□特定使用成績調査　□副作用報告 □感染症症例報告　□その他（　　）
3	調査の内容	
4	調査診療科名	
5	調査責任医師名	
6	調査実施期間	西暦　　年　　月　　日　～　西暦　　年　　月　　日
7	報告事項	□　別添に示す理由により、西暦　　年　　月　　日をもって □　当該調査を中止 □　当該調査を中断 □　その他（　　）
8	文書の保存期間等	貴医療機関で保存中の調査資料につきましては、以下のとおりの取扱いをお願いします。 □　廃棄してください。 □　西暦　　年　　月　　日まで保存してください。 □　その他（　　）
9	担当者連絡先	住所：〒 所属 氏名 電話：

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院