西暦　　　　年　　　月　　　日

製造販売後調査等の実施に関する通知書

調査依頼者

（名称）　　　　　殿

調査責任医師

（所属・氏名）　　殿

実施医療機関の長

　琉球大学病院　病院長

　申請のあった製造販売後調査等について、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名 |  |
| □医薬品　　　　　　　□医療機器 　 　　　 □再生医療等製品 |
| 調査等課題名 | □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 |
|  |
| 調査予定期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 結果 | □承認　　□修正の上で承認　　□却下　　□保留 |
| 「承認」以外の場合の理由等 |  |