西暦　　　　年　　　月　　　日

調査終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

琉球大学病院　病院長　殿

調査依頼者

（住所）

（名称）

（代表者名）

調査責任医師

（所属・氏名）

　下記の調査を以下のとおり終了いたしましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品等名 |  |
| □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 |
|  |
| 調査依頼者 |  |
| 実績 | 契約例数：　　　　例  登録例数：　　　　例 |
| 調査期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日  （実施要綱に定められた期間） |
| 調査の概要  （有効性、安全性等の他、中止・中断した場合、その理由も記載） |  |