

様式 9

令和 年 月 日

## 副作用・感染症報告書

製造販売後調査依頼者  
様

製造販売後調査担当医師

富士宮市立病院

(科 名) 科

(氏 名) 印

「副作用・感染症報告」の制度に基づき、下記医薬品について有害事象が発現しましたので、  
ご報告致します。

記

医 薬 品 名	
診 療 科 名	
有害事象の内容	別紙報告書の通り
厚生労働省報告日	令和 年 月 日