

様式3

平成 年 月 日

製造販売後調査審査結果報告書

富士宮市立病院 院長
様

治験審査委員会
委員長 印
治験事務局
事務局長 印

本製造販売後調査の審査結果を、下記のとおりご報告致します。

記

調査課題名	
医薬品の名称 規格・剤形	
担当診療科	
調査代表医師	氏名
調査期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
予定症例数	例
調査費用	1 症例当たり 円(税別)
結果	1. 承認 2. 修正の上で承認 3. 却下
上記2又は3の場合 その理由	