

様式4

平成 年 月 日

製造販売後調査の実施に関する決定通知書

製造販売後調査依頼者

様

富士宮市立病院

院長 印

平成 年 月 日に貴社から実施依頼申請のあった医薬品の製造販売後調査について、下記のとおり決定したので通知します。

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 症例あたり 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	