

様式 5

平成 年 月 日

製造販売後調査の終了（中止）に関する通知書

製造販売後調査担当医師
様

富士宮市立病院
院長 印

対象薬 _____ について下記の通り、依頼者より製造販売後調査の終了（中止）に関する報告がありましたので通知致します。

記

調 査 医 薬 品 名	
調 査 課 題 名	
調 査 内 容	
調 査 依 頼 者	
調 査 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日
予 定 症 例 数	例
中 止 理 由	