

様式9

平成 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 | 平成 年 月 日 |