

様式 3

令和 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	令和 年 月 日 から 令和 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	