

## 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

令和 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。

## 言 己

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	