

市販後調査に関する指示・決定通知書

市販後調査依頼者 殿

市販後調査担当医師 殿

高松平和病院長

印

下記の市販後調査について、次のとおり決定したので通知します。

記

市販後調査名	
審議事項	<input type="checkbox"/> 市販後調査の実施の可否 <input type="checkbox"/> 市販後調査の継続の可否 <input type="checkbox"/> その他 ()
決定結果	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 修正の上で承認する <input type="checkbox"/> 却下する
指示事項	
担当医師	所属・職名： 氏名： 所属・職名： 氏名： 所属・氏名： 氏名：
市販後調査依頼者	
調査実施期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
予定症例数	例
備考	