

市販後調査完了（中止）通知書

市販後調査依頼者 殿

高松平和病院院長

印

貴社より平成 年 月 日依頼のあった市販後調査について、担当医師より市販後調査（完了・中止）報告書を受取り、下記の通り市販後調査の（完了・中止）を確認しましたので、通知します。

記

市販後調査名	
市販後調査依頼者	
担当医師	所属・職名 氏名 所属・職名 氏名 所属・職名 氏名 所属・職名 氏名
調査実施期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
調査症例数	例（予定症例数 例）
備考	