

製造販売後調査終了報告書

西暦 年 月 日

公益社団法人鹿児島共済会南風病院

院長 末永 豊邦 殿

調査担当医師（代表者）

所属・職名：

氏 名： 印

診療科所属長

氏 名： 印

下記のとおり製造販売後調査が終了しましたので報告します。

記

調査依頼者	
医療機器名	
課題名	
目的及び内容	〔目的〕 <input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> その他（ ） 〔内容〕
担当医師	(所属・職名・氏名)：
実施期間 又は 中止年月日	西暦 年 月 日～西暦 年 月 日 (終了・中止) (中止の理由：) (副作用・感染症報告の場合は、詳細調査票の作成期間)
実施症例数	例 (目標症例数： 例)
調査成績の概要	