様式２

年 月 日

製造販売後調査に関する指示・決定通知書

製造販売後調査依頼者　殿

製造販売後調査担当医師 　　殿

香川県立中央病院長　　　印

下記の製造販売後調査について、次のとおり決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 製造販売後  調査名 |  |
| 審 議 事 項 | □ 製造販売後調査の実施の可否   1. 製造販売後調査の継続の可否   □ その他（ ） |
| 決 定 結 果 | □ 承認する □ 修正の上で承認する □ 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： |
| 製造販売後  調査依頼者 |  |
| 調査実施期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| 予定症例数 | 例 |
| 備 考 |  |