

整理番号	
区 分	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査 <input type="checkbox"/> 製造販売後データベース調査 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療

西暦 年 月 日

製造販売後調査実施計画書等修正報告書

_____ 病院長 殿

依 頼 者 _____

同 代 表 者 _____ 印

製造販売後調査責任医師 _____ 印

西暦 年 月 日付で「修正の上で了承」と通知のあった製造販売後調査実施計画書等について、以下のとおり修正しましたので報告いたします。

記

医薬品・医療機器名		製造販売後調査 実施計画書番号	
調 査 課 題 名			
「修正の上で了承」 の条件・理由等			
対 応 内 容	修正前	修正後	
添 付 資 料			
担 当 者 連 絡 先	氏名： TEL： Email：	所属： FAX：	

上記の製造販売後調査において、以上の修正が了承の条件とした事項を満たしていることを確認いたしました。

西暦 年 月 日

_____ 病院 病院長 印