様式４）製造販売後調査経過報告書

報告日：西暦）　　年　月　日

一般財団法人住友病院　治験管理室　殿

〔調査依頼者〕

（名称）

（担当者） 印

下記のとおり、製造販売後調査に関する調査経過を報告いたします。

なお本内容に関しては治験管理室に確認・了解を得た上で経理担当へ提出いたします。

・治験管理室確認担当者：□治験管理室長　□その他（具体的に記載：　　）

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 調査品名 |  |
| 調査依頼社名 |  |
| 調査区分 |  |
| 調査診療科 | 科 |
| 調査代表医師 |  |
| 契約期間 | 契約締結日　～　西暦）　　　年　　月　　日 |

・イニシャル、性別、カルテNo、生年月日、登録No、担当医、投与開始日、調査票種類・費用などの管理項目で調査票入手状況を記載し、調査費用入金の根拠となる情報を以下に記載

（調査経過報告対象期間）

（調査経過報告内容）