西暦　　　　　年　　　月　　　日

製造販売後調査等実施状況確認書

実施医療機関の長

公立大学法人　横浜市立大学附属病院（又は附属市民総合医療センター）　病院長　殿

依　頼　者

（名称）

（代表者氏名）

　下記の製造販売後調査等の実施状況を以下のとおり報告いたします。なお、以下の実施状況について、相違ないことを調査責任医師に確認しています。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査対象品目名 |  | | 一般名 |  | | |
| 調査課題名 |  | | | 試験番号 | |  |
| 調査票回収 | 無（登録のみ）※  有 → 今後の回収： 有　 無（登録のみへ移行  する　 しない※）  ※調査終了となりましたら、終了報告書（YC書式317）をご提出ください。 | | | | | |
| 予定数 | 症例数：　　症例　　　調査票数：　　分冊　　　1症例あたり：　　分冊 | | | | | |
| 契約期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　～　　　西暦　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 支払方法 | 前払い　 出来高払い※  ※調査票回収状況報告書（YC書式312）をご提出ください。 | | | | | |
| 調査責任医師 | 診療科等：　　　　　　　　　氏名： | | | | | |
| 調査票回収状況 | 西暦　　　　年　　　月　　　日現在  投与・使用症例数：　　症例 / 登録症例数：　　症例 | | | | | |
| 症例番号等 | 回収済み調査票数 | | | 今後の回収 | |
|  | 分冊 | | | 有　 無 | |
|  | 分冊 | | | 有　 無 | |
|  | 分冊 | | | 有　 無 | |
|  | 分冊 | | | 有　 無 | |
|  | 分冊 | | | 有　 無 | |
| 特記事項 | | | | | |
| 担当者連絡先  （書類送付先） | 所在地：〒  所属：　　　　　　　　　 氏名：  TEL：　　　　　　　　　　Email： | | | | | |