|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査様式４ |  | 整理番号 |  |
|  |  | 区分 | □使用成績調査  □特定使用成績調査　　□その他 |

西暦 　　　年　 　月　　日

**製造販売後調査 進捗状況報告書**

独立行政法人国立病院機構 高知病院　院長　殿

＜報告書受領者＞

御社名：

担当者名：

電話番号：

e-mail:

＜請求書送付先＞

住所：〒

宛先：　　　株式会社

□報告書受領者と同様

□報告書受領者と異なる場合は下記へ記載

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

下記の製造販売後調査票を受領しましたのでコピーを別添の上報告いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研 究 依 頼 者 |  | | |
| 調査薬剤 |  | | |
| 研 究 課 題 名 |  | | |
| 実施要綱No： 　　　　　　　　　作成（改訂）日：　　年　　月　　日 | | |
| 目標症例数 | 目標症例数：　　　　　例　（報告数：１症例あたり　　　　冊） | | |
| 研究の契約期間 | 西暦　　　年　　　月　　　日　～　西暦　　　年　　　月　　　日 | | |
| 実施状況報告  （内訳は下記参照） | 実施症例数：　　　　　例（登録のみの症例数：　　　　例）  症例報告書数：　　　　　冊／全体 | | |
| 担当医師名 | 被験者登録コード（ID不可）  （すべての登録被験者を記載） | 回収済冊数  （会計処理済） | 今回の回収冊数  （会計未処理） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |

※ 請求書は会計未処理分に対し発生。