**医薬品等副作用等調査 終了報告書**

西暦　　　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構

日　本　海　総　合　病　院

病　院　長　　島　貫　隆　夫　　殿

調査担当医師診療科及び氏名（全員）

科

西暦　　　　年　　月　　日に契約を締結した医薬品等副作用等調査が終了したので、下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査依頼者 | 住　所  氏　名  （法人又は団体にあっては、名称及び代表者の氏名） |
| 調査課題名 | 医薬品等副作用等調査 |
| 医薬品／医療機器名 |  |
| 調査票提出期限 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 症例記録報告書提出年月日  提出症例数 | 西暦　　　　年　　　月　　　日  　　　　例 |
| 備考 |  |