

|      |    |   |   |   |
|------|----|---|---|---|
| 受付日  | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 受付番号 |    |   |   |   |

(事務局記入欄)

様式 2

西暦 年 月 日

## 製造販売後調査審査結果通知書

独立行政法人地域医療機能推進機構  
徳山中央病院長殿

名称：独立行政法人地域医療機能推進機構  
徳山中央病院治験審査委員会  
住所：周南市孝田町 1-1  
委員長 \_\_\_\_\_

㊞

本治験審査委員会における審査結果は、下記の通りであったのでご報告致します。

記

|              |   |
|--------------|---|
| 調査課題名        |   |
| 審議事項         | <input type="checkbox"/> 実施の可否 (申請日：西暦 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 契約内容の変更 (申請日：西暦 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                  |
| 審査結果         | <input type="checkbox"/> 承認する<br><input type="checkbox"/> 修正の上で承認する<br><input type="checkbox"/> 却下する<br><input type="checkbox"/> 既に承認した事項を取り消す<br>(製造販売後調査の中止又は中断を含む) |
| 決定の理由 (修正条件) |   |
| 委員会開催年月日     | 西暦 年 月 日 (迅速審査の場合は報告日)  |

製造販売後調査依頼者  
\_\_\_\_\_ 殿

調査責任医師  
\_\_\_\_\_ 殿

西暦 年 月 日に申請のあった製造販売後調査について、上記の通り決定致しましたので通知します。

独立行政法人地域医療機能推進機構  
徳山中央病院長

㊞