〔　契約番号：　　　　　　　　　　〕

西暦　　　　　年　　　月　　　日

**製造販売後調査状況報告書**

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪急性期・総合医療センター　　総長　様

依頼者

 住　所

 名　称

 職名・代表者名 　　　　　　・

下記のとおり、製造販売後調査における状況をご報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査課題名 |  |
| 調査責任医師 | 　　　　　　科 |
| 調査実施期間 | 西暦　　　　年　　　月　　　日　～　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　　　 |
| 予定症例数 | 　　　　　　症例（　　症例あたり　　調査票） |
| 契約金額 | 　　　　　　　　円／1調査票（消費税別） |
| 実施済み症例数 | 　　　　　症例　　　調査票 |
| 支払い金額 | 　　　　　　　円（消費税込） |
| 担当者連絡先 | 社名： 氏名：TEL：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　Email： |