（様式　２）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

会社名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

小樽市立病院

院長　　有 村　佳 昭　　印

医療機器製造販売後調査（使用成績調査/特定使用成績調査/副作用・感染症調査）受け入れ通知書

令和　　　　年　　　　月　　　　日に貴殿から申請のあった下記の製造販売後調査について、受入れを決定したので通知します。

記

１．　依頼者名

２．　調査担当医師名（所属・氏名）

３．　調査対象医療機器名

４．　調査の区分（該当項目の　　にレ印）

使用成績調査

特定使用成績調査

副作用・感染症調査

５．　調査目的

６．　調査予定症例数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症例

７．　調査期間　　　　　　　　　　　　 使用成績調査又は特定使用成績調査の場合

契約締結日　～　令和　　　年　　　月　　　日

副作用・感染症調査の場合

副作用発生確認日・令和　　　年　　　月　　　日　～　調査終了日

８．　備考