様式４

年　　月　　日

副作用・感染症調査終了（中止）届

仙台市立病院

院長　　渡辺　　徹雄　　殿

調査責任医師

所属科

氏名　　印

下記の副作用・感染症調査が終了（中止）しましたのでお届け致します。

記

受託番号	第　　号
調査依頼者名	
対象医薬品名	
調査の目的	製造販売後における当該医薬品の副作用・感染症情報の収集
調査契約症例数	例
備考	