様式４

（差し支えなければ当院で記載します）　　（空欄）年（空欄）月（空欄）日

副作用・感染症調査終了（中止）届

仙台市立病院

院長　〇〇　〇〇　殿

調査責任医師の
記名押印又は署名済のものを提出

調査責任医師
所属科　〇〇科
氏名　〇〇　〇〇　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（当院で記載）号
調査依頼者名	〇〇薬品株式会社
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	1 例
備考	