

該当区分へ○を記入ください。

調査様式4 (製造販売後調査に関する指示・決定通知書)  
(実施医療機関の長→調査責任医師、調査依頼者)

整理番号	
区分	1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査 3. 副作用報告

西暦 年 月 日

### 製造販売後調査に関する指示・決定通知書

調査責任医師

殿

調査依頼者

殿

独立行政法人国立病院機構  
水戸医療センター 院長 印

黄色マーカー箇所各欄へご記入ください。

水色マーカー箇所：該当箇所へご記入ください。

薬 剤 名	
課 題 名	
調査実施予定期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
契 約 期 間	契約締結日 ~ 西暦 年 月 日
実施診療科名	

指示・決定の内容	事 項	<input type="checkbox"/> 製造販売後調査の実施 <input type="checkbox"/> 製造販売後調査の継続 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	取 扱 い	<input type="checkbox"/> 了承 <input type="checkbox"/> 修正の上で了承 <input type="checkbox"/> 却下
	「取扱い」の条件・理由等	
	備 考	添付資料：製造販売後調査審査結果通知書（調査様式3）および（調査様式3-2）の(写)

副作用報告の場合は、その他の欄へチェックし、( )内へ「副作用報告」と記入ください。