

製造販売後調査の実施に関する通知書

調査責任医師 殿
製造販売後調査依頼者 殿

国立大学法人群馬大学医学部附属病院長
〇〇〇〇 印

西暦 年 月 日に貴社から申請のあった製造販売後調査について、GCP及びGPP、GVPに基づき組織された臨床試験審査委員会で、本院の基準に従い協議され、下記のとおり決定したので通知します。

記

医薬品名等	
調査題目	
調査依頼社名	
契約期間	西暦 年 月 日～西暦 年 月 日
調査責任医師	
調査分担医師	
決定事項	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 修正の上で承認する <input type="checkbox"/> 却下する <input type="checkbox"/> 既に承認した事項を取り消す <input type="checkbox"/> 保留
指示事項	
審査日	西暦 年 月 日

なお、本決定通知書に対して異議がある場合は、7日以内に臨床試験部に文書で連絡して下さい。