

理事	院長	治験センター長

調査番号 — ()

西暦 年 月 日

慈恵医大晴海トリトンクリニック 所長殿

診療科名： _____

診療部長名： _____ 印

調査代表者： _____ 印

調 査 終 了 報 告 書

区 分	1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査
調査課題 (具体的に)	
調査期間	西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日まで
委託機関名 【連絡先】	Tel — — 内線 担当者
調査結果	契約症例数 _____ 症例 実施症例数 _____ 症例 安全性等