

契約期間終了に関する通知書

西暦 年 月 日

診療科等の部長 様

依頼者 様

公立大学法人
横浜市立大学附属病院
病院長 印

西暦 年 月 日付で契約締結しました受託試験（調査）について、契約期間が終了しましたので、次のとおり通知します。

調査対象名	
調査種類	<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 市販直後調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> その他（ ）
調査目的	
契約数	件
契約期間	西暦 年 月 日まで
依頼担当者	
調査責任者	職名 氏名
調査分担者	診療科等 氏名
通知事項	上記調査対象名の受託契約期間は終了しました。 当院で規定しています終了（中止）報告書が提出されていませんが、本通知をもって、契約事項が完了したものとして取り扱います。

(公立大学法人 横浜市立大学附属病院)