

重大有害事象発生報告書

(西暦) 年 月 日

施設名		施設代表 実施医師名		印
有害事象種別	患者死亡 ・ その他	使用年月	年 月	
品番	<input type="checkbox"/> エキスパンダー (品番:) <input type="checkbox"/> インプラント (品番:) ※ いずれかをチェックし、品番・シリアルナンバー等記載下さい。			

有害事象の内容および詳細

--