西暦　　　 年　 月 　 日

受託研究実施状況報告書

独立行政法人国立病院機構

関門医療センター　院長　殿

研究依頼者

(名称)

　 (代表者)

研究責任医師

診療科

氏　名

下記の受託研究について、以下のとおり実施状況を報告いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究依頼者 |  | | | | | | |
| 試験品  商品名/一般名 |  | | | 研究実施計画書番号 | |  | |
| 研究課題名 |  | | | | | | |
| 区分 | □医薬品　□医療機器(用具)　□再生医療等製品　□その他： | | | | | | |
| 用途 | □再審査申請　/　□再評価申請  □製造販売後臨床試験  □使用成績調査  □一般使用成績調査　□特定使用成績調査　□使用成績比較調査  □副作用・感染症症例調査  □その他（　　　　　） | | | | | | |
| 研究実施期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 研究契約期間 | 契約締結日　～　西暦　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 契約症例数 | 例　（ 　　報告/例 ） | | | | | | |
| 報　　告　　内　　容 | | | | | | | |
| 前回までの報告  実施状況 | | | 症例数　　　　　例 | | 症例報告書提出件数　　　　　報告 | |
| 今回の報告  実施状況 | | | 症例数　　　　　例 | | 症例報告書提出件数　　　　　報告 | |
| 請求書郵送先 | | 住所：  担当者：  電話： FAX: | | | | | |