西暦　　　　年　　月　　日

治験終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構 関門医療センター 院長　殿

　　　　　　　 治験責任医師

（氏名）

下記の治験を以下のとおり　□終了、□中止、□中断　しましたので報告いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 実績 | 同意取得例数　　　：　　例  実施例数　　　　　：　　例 | | |
| 治験の期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 | | |
| 治験結果の概要等  （中止、中断した場合、その理由も記載） | 有効性  安全性  GCP遵守状況  その他 | | |

西暦　　　　年　　月　　日

治験審査委員会 独立行政法人国立病院機構 関門医療センター 受託研究審査委員会 委員長　殿

上記治験について以上のとおり治験責任医師より報告を受けましたので通知いたします。

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構 関門医療センター　院長