

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

・整理番号を記載して下さい。
・該当区分を黒塗りして下さい。

西暦 年 月 日

治験終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長殿

治験責任医師

（診療科名）（氏名）

コメントの追加 [A1]: 実施医療機関の長は、「順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長」に統一して下さい。

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。

コメントの追加 [A2]: 該当区分を黒塗りして下さい。

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 (契約期間: 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		

コメントの追加 [A3]: 書式3に記載されている治験薬名称を記載して下さい。

コメントの追加 [A4]: 治験実施計画書の課題名を記載して下さい。

負担軽減費の預り金の残金がある場合、「負担軽減費返還依頼書」も別途作成し、終了報告と一緒に提出して下さい。

コメントの追加 [A5]: 実施率100%に至らなかった場合は、具体的な理由を記載して下さい。

西暦 年 月 日

治験審査委員会 順天堂大学医学部附属順天堂医院

治験審査委員会 委員長 殿

治験依頼者 (名称) 殿

上記治験について以上のとおり通知いたします。

実施医療機関の長

コメントの追加 [A6]: 実施医療機関の長は、記入しないで下さい。

注) (長≠責): 本書式は治験責任医師が作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長は書式下部に通知日及び実施医療機関の長欄を記載し、治験審査委員会及び治験依頼者に提出する。

(長=責): 本書式は治験責任医師(実施医療機関の長)が作成する。この場合、書式上部の治験責任医師欄及び実施医療機関の長欄ともに記載し、書式下部の通知日及び実施医療機関の長欄を記載し、治験審査委員会及び治験依頼者に提出する。