西暦　　　　年　　月　　日

**該当する方を○で囲む**

**一般使用成績調査 → B**

**特定使用成績調査・使用成績比較調査 → C**

**固定版提出時に記載**

調査終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

鹿児島大学病院長　殿

調査責任医師

**所属・役職は記載不要**

○○　○○

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

**実施計画書番号がある場合に記載**

記

**「その他」は以下を参考にご記載下さい。**

**※参考**

**・登録症例がいない場合、その他に“登録症例無し”などとご記載下さい。**

**・登録症例はいるが、調査票未回収で、有効性や安全性の記載が出来ない場合、その他に“調査票未回収のため報告事項無し”などとご記載下さい。**

**・登録のみに移行している場合、“登録のみ○例”などとご記載下さい。**

**・特に記載事項が無い場合、“特記事項無し”などとご記載下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 調査実施計画書番号 |  |
| 被験薬 | 商品名 | **調査に対する同意説明文書がある場合に記載****無ければ項目ごと削除** | 一般名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 実績 | 同意取得例数　　　　　　　：　　例実施例数　　　　　　　　　：　　例（目標とする症例数：　　例）回収済み報告書数（合計）　：　　冊 |
| 契約期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　年 3 月 31 日 |
| 調査結果の概要等**回収した調査票から「有効性」，「安全性」について簡潔に記載**（中止、中断した場合、その理由も記載） | 有効性安全性（副作用、因果関係の有無、転帰など）その他 |

西暦　　　　年　　月　　日

治験審査委員会　鹿児島大学病院 治験審査委員会　委員長　殿

**こちらは記載不要**

調査依頼者　　　　（名称）　殿

上記調査について以上のとおり通知いたします。

**会社名のみ記載**

実施医療機関の長

鹿児島大学病院長