西暦　　　　年　　月　　日

**固定版提出時に記載**

調査終了報告書

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しましたので報告いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験薬 | 商品名 |  | 一般名 |  |
| 調査課題名 | ○○○○（必ず“薬剤名”を入れてください）副作用・感染症報告 |
| 実績 | 実施例数：　1　例《経費を納入する報告書数；　1　報告書》 |
| 契約期間 | 契約締結日　～　西暦　　　　年 3 月 31 日 |
| 調査結果の概要等 | 副作用の概要と経過の要約本剤との因果関係：□ 有（不明を含む）　□ 無重篤性：□ 重篤　□ 非重篤副作用の予測性：□ 既知　□ 未知その他 |
| 添付資料 | 調査票（○○○○年○○月○○日） |

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