西暦　　　　年　　月　　日

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

（氏名）

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。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査実施計画書番号 |  |
| 被験薬 | 商品名 |  | 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（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

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。

実施医療機関の長

鹿児島大学病院長