

西暦 年 月 日

臨床研究終了（中止）報告書

小倉記念病院 病院長 殿

臨床研究代表者
所属・職名：
氏 名： 印

臨床研究責任者
所属・職名：
氏 名： 印

下記の臨床研究を以下のとおり終了・中止しましたので報告いたします。

記

臨床研究課題名	
実施期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日
実施症例数	
臨床研究成績の概要	<p>有効性</p> <p>重篤な有害事象（有・無）（有の場合はその内容、程度、転帰等について記載）</p> <p>研究計画書からの逸脱（有・無）（有の場合はその内容について記載）</p> <p>注：臨床研究を中止した場合は、その理由を記載する。</p>

西暦 年 月 日

臨床研究審査委員会 委員長 殿

上記臨床研究について上記のとおり通知いたします。

実施医療機関の長
小倉記念病院 病院長