

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

西暦 年 月 日

治験終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名） 殿

治験責任医師

（氏名）

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。

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（目標とする被験者数 : 例）		
治験の期間	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		

西暦 年 月 日

治験審査委員会 （治験審査委員会名）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
（実施医療機関名）（長の職名）

注）（長≠責）：本書式は治験責任医師が正本を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長はその写2部の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それぞれ1部を提出する。
（長＝責）：本書式は治験責任医師（実施医療機関の長）が正本を2部作成する。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それぞれ1部を提出する。