

|      |  |
|------|--|
| 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<br>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<br>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<br>（中止、中断した場合、その理由も記載） | 有効性<br><br>安全性<br><br>GCP遵守状況<br><br>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。