

令和 年 月 日

臨床研究終了（中止・中断）報告書

新潟市民病院
病院長 様

研究責任者

所属 _____

氏名 _____ 印

下記の臨床研究を以下のとおり 終了、 中止、 中断 しましたので報告いたします。

記

受付番号	—
研究課題名	
実績	同意取得件数 : 件 実施件数 : 件
研究の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
研究結果の概要等 (中止、中断した 場合、その理由も 記載)	<p>◆有害事象（研究に伴う介入により生じたあらゆる好ましくない医療上の事例。） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り（内容： _____）</p> <p>◆不具合（上記有害事象のほか、問題となった事例。） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り（内容： _____）</p> <p>◆発表学会、論文掲載先 <input type="checkbox"/> 発表学会 : _____ 年 月 日 学会名 <input type="checkbox"/> 論文掲載先 : _____ <input type="checkbox"/> その他</p>