

整理番号		
区分	治験	製造販売後臨床試験
	医薬品	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）

印

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 （氏名） 印

注）本書式は治験責任医師が正本（記名捺印又は署名したもの）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部に記名捺印又は署名し、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。