様式- CIRU12

受付番号

平成　　年　　月　　日

医師主導臨床試験終了（中止・中断）報告書

群馬大学医学部附属病院長　殿

責任医師

診療科（部）

職名

氏名　　印

下記の臨床研究を終了（中止・中断）しましたので報告します。

記

１．臨床研究課題名
２．臨床研究代表者名（研究組織として行う場合は組織名も記入すること）
３．責任医師
４．分担医師
５．臨床研究使用医薬品、医療機器、医療材料等（医薬品の場合は一般名も記載すること） （一般名：　　）
６．臨床研究期間 平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日
７．当院の実施症例数 症例　　（当院の予定症例数　　症例）
８．成績の概要 （１）有効性（中止・中断の場合にはその理由を記載する。） （２）有害事象（その経過、処置など具体的に記載する。）
９．その他参考となる事項