

## 審査依頼研究機関 審査結果報告書

群馬大学医学部附属病院長 殿

臨床試験審査委員長

印

研究機関：\_\_\_\_\_から審査申請のあった臨床研究について、群馬大学医学部附属病院臨床試験審査委員会で協議され、下記のとおり決定したので報告します。

## 記

審査依頼研究機関名	
研究責任者	
研究分担者	
研究協力者	
臨床研究代表者名(研究組織名)	
臨床研究課題名	
臨床研究期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
予定症例数	症例
委員会開催日	西暦 年 月 日
審査事項	<input type="checkbox"/> 臨床研究実施の可否 <input type="checkbox"/> 臨床研究継続の可否 <input type="checkbox"/> 臨床研究実施計画書の変更 <input type="checkbox"/> 重篤な有害事象の発生 <input type="checkbox"/> 新たな安全性に関する情報の入手 <input type="checkbox"/> 逸脱に対する承認 <input type="checkbox"/> その他 ( )
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 修正した上で承認 <input type="checkbox"/> 条件付承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 保留(継続審査) <input type="checkbox"/> 停止(研究の継続には更なる説明が必要) <input type="checkbox"/> 中止(研究の継続は適当でない)
指示事項	
決定の理由	
審査資料	

研究機関の長 \_\_\_\_\_ 殿

西暦 年 月 日

依頼のあった審査事項について上記のとおり決定しましたので報告いたします。

群馬大学医学部附属病院長 印