

西暦 年 月 日

## 中止通知書

認定臨床研究審査委員会

群馬大学医学部附属病院臨床研究審査委員会 委員長 殿

研究責任（代表）医師

（医療機関名）

（所属・職名）

（氏名）

下記の臨床研究を以下のとおり中止したので通知いたします。

## 記

実施計画番号 (JRCT番号)	
研究名称	
中止年月日	
中止理由	
実施中の対象者の有無 <sup>*1</sup>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
実績	同意取得例数： 例 実施例数： 例
中止後の措置 <sup>*2</sup>	
添付資料・備考	

\*1：「実施中の対象者の有無」は、投与等実施中及び観察期間中も含む。

\*2：「中止後の措置」は、実施中の研究の対象者への適切な治療及び事後措置の方法を記載する。終了予定日を記載できる場合は記載すること。

注）本書式は研究責任（代表）医師が作成し、認定臨床研究審査委員会 委員長に提出する。