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）

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 | | |
| 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   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 実績  確認 | 前回1) |  |  | 今回 | | 西暦　　　年　 月　　日 | ～ | | 西暦　　　　年　　 月　 　日 | | この期間に新たに確定した実施例数：　　　例・脱落例数：　　　例 | | | | | ※記載の例数は治験依頼者と合意した研究費等請求額算出の例数  1)前回日付は、契約日又は直前の実施状況報告書の実績確認日の遅い方 | | | | | | | |

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

（実施医療機関名）（長の職名）