|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式6） | | | | | |
| 臨　床　研　究　中　止　報　告　書 | | | | | |
| 宛先 | 弘前大学医学部附属病院長　殿 | | | 報　告  年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 申請者 | | 所属 | 職名 | | 氏名    　　　　　　　　　　印 |
| 所属長 | | 所属 | 職名 | | 氏名  　　　　　　　　　　印 |
| 臨床研究課題名  （整理番号　　　－　　） | | | | | |
| １　医薬品等臨床研究審査委員会承認年月日  年　　　月　　　日 | | | | | |
| ２　実際の研究期間  年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| ３　当該臨床研究を中止した年月日  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| ４　当該臨床研究を中止した理由 | | | | | |
| ５　当該臨床研究等を中止した時点での進捗状況 | | | | | |

|  |
| --- |
| ６　当該臨床研究等の中止後の対応 |
| ７　共同研究機関への対応  　　　共同研究機関の有無  　　　　　　□　有　→中止に伴う共同研究機関への対応を以下に記入してください。  　　　　　　□　無 |