

- ・記載できる箇所は全て記載すること
- ・□は該当箇所を■にしてください
- ・調査責任医師の押印済のものを提出すること

整理番号	(何も記入しないでください)
区分	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input checked="" type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査
	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 20●●年 ●●月 ●●日

調査終了（中止・中断）報告書

当センターへの提出日を記入
(手書き可)

実施医療機関の長

東北医科薬科大学病院 病院長 殿

調査責任医師

○○ ○○

印

下記の調査を以下のとおり ☒ 終了、☐ 中止、☐ 中断 しましたので報告いたします。

記

調査薬の名称	△△△△△	調査実施計画書番号	△△△△△
調査課題名	△△△△△ △△△△△		
実績	予定例数 : 3 例 実施例数 : 3 例		
調査実施期間	契約締結日 ~ 西暦 20●●年 ●●月 ●●日		
調査結果の概要等 (中止、中断した場合、その理由も記載)	具体的に記載すること		
経費	1症例 計 3 症例 30,000 円 (税抜) 128,700 円 (税抜)		

西暦 年 月 日

治験審査委員会 東北医科薬科大学病院 治験審査委員会 委員長 殿
調査依頼者 ○○薬品株式会社 殿

日付は記載不要

上記調査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

東北医科薬科大学病院 病院長 ○○ ○○