

※契約番号を記載してください。

※契約番号：契約書や IRB 結果通知書
に記載されている、6桁の番号

整理番号			
区分	☐ 治験	☐ 製造販売後臨床試験	
	☐ 医薬品	☐ 医療機器	☐ 再生医療等製品

西暦 年 月 日

治験実施状況報告書

実施医療機関の長

東北大学病院長

殿

実施医療機関の長 欄の記載は、

「東北大学病院長」又は

「国立大学法人東北大学 東北大学病院長」

としてください。

治験責任医師

(氏名)

下記の治験における実施状況を以下のとおり報告いたします。

記

治験依頼者			
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 (うち、完了例数 例、中止例数 : 例) (西暦 年 月 日現在)		
治験の期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		
治験実施状況	安全性 GCP遵守状況 その他 (中止例の中止理由など)		

治験の期間は

「治験実施計画書に記載されている
治験実施期間」を記載してください。

「逸脱内容」等について、記載しきれない場合は、
前回報告以降に発生したものを記載することでも
構いません。

注) (長≠責)：本書式は治験責任医師が作成し、実施医療機関の長に提出する。

(長＝責)：本書式は実施医療機関の長 (治験責任医師) が作成する。この場合、治験責任医師欄及び実施医療機関の長欄ともに記載する。