

書式17

契約番号を記載してください。
※契約番号：契約書等に記載されている、
6桁の番号

整理番号	24XXXX
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

治験終了（中止・中断）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、
「国立大学法人東北大学 東北大学病院長」
又は「東北大学病院長」としてください。

書式名を変更しないでください。
(取り消し線は不要です)

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		

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。

該当する IRB 名称を記載してください。

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

通知書は、報告 IRB の 2 週間前まで（予定）に発行となります。

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
東北大学病院長

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。実施医療機関の長は書式下部に通知日及び実施医療機関の長欄を記載し、治験審査委員会及び治験依頼者に提出する。
（長＝責）：本書式は治験責任医師（実施医療機関の長）が作成する。この場合、書式上部の治験責任医師欄及び実施医療機関の長欄ともに記載し、書式下部の通知日及び実施医療機関の長欄を記載し、治験審査委員会及び治験依頼者に提出する。