西暦　　　　年　　月　　日

研究の中止・中断に関する報告書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構

岩手病院　院長　殿

研究依頼者

（名 称）

（代表者） 印

貴医療機関に実施を依頼いたしました下記の研究について、以下のとおり中止（中断）することになりましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 製品名（一般名） |  |
| 研究課題名 |  |
| 研究実施期間 | 契約締結日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 中止（中断）理由 | □　再審査・再評価結果の通知（通知日：西暦　　　　年　　月　　日）□　当該研究を中止□　当該研究治験を中断（添付資料等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 文書の保存期間等 | 貴医療機関で保存中の研究資料につきましては、以下のとおりの取扱いをお願いします。□　廃棄してください。□　西暦　　　年　　　月　　　日まで保存してください。□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者連絡先 | 氏名： | 所属： |
| TEL： | FAX： | Email： |

西暦　　年　　月　　日

治験審査委員会　独立行政法人国立病院機構

岩手病院受託研究審査委員会　委員長　殿

研究依頼者　　　（名称）　　　　　　　　　　殿

上記治験について治験依頼者より以上のとおり報告を受けましたので通知します。

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構

岩手病院　院長　千田　圭二　　　 印