様式 ⑤　（依頼者→実施医療機関の長）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 整理番号 |  |
| 区分 | □特定使用成績調査　　□使用成績調査  □副作用・感染症報告　□その他 |

西暦　　　　年　　　月　　　日

受託研究終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構

千葉医療センター　院長　　殿

依頼者

住　所：

名　称：

代表者： 印

下記の受託研究を（□終了、□中止、□中断）しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 |  |
| 薬剤名 |  |
| 課題名 |  |
| 実績（例数） | 西暦　　　　　年　　　月　　　日現在  契約例数　　　：1症例　　報告  実施例数　　　：総計　　　例  調査票記載冊数：総計　　　冊 |
| 実施期間 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日～西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 責任医師氏名 | 氏名（所属・職名） |
| 依頼者の連絡先  ※差支えない場合 | 担当者氏名（所属・職名）： |
| 結果の概要もしくは  中止･中断した場合  その理由を記載する | 有効性  安全性 |
| 備考 |  |