年　　月　　日

特定臨床研究(終了・中止)報告書

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館　館長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 |  |  |
| 研究責任者名 |  | 印 |

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館における特定臨床研究に関する規則に基づき、以下のとおり申請いたします。

１　研究名称

|  |  |
| --- | --- |
| 実施計画番号  (jRCT番号) |  |
| 研究名称 |  |

２　　多施設共同研究　　無　　有（有の場合、下記記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 代表施設名 |  |
| 代表者の所属・氏名 |  |

３　終了・中止の理由

　実施計画終了のため

　症例報告期間終了のため

　実施計画中止のため

　有害事象の発生のため（中止・終了）

　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

４　当館の研究概要

|  |  |
| --- | --- |
| 症例数 |  |
| 実施期間 |  |