

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 年 月 日

## 治験実施状況報告書

## 実施医療機関の長

(実施医療機関名) (長の職名) 殿

治験責任医師

(氏名)

印

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(うち実施中) : 例 ( 例) (目標とする被験者数 : 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		

注) (長≠責) : 本書式は治験責任医師が正本 (記名捺印又は署名したもの) を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。

(長=責) : 本書式の実施医療機関の長及び治験責任医師欄は“該当せず”と記載する。