書式17

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器

西暦　　年　　月　　日

治験終了（中止・中断）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（目標とする被験者数：　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		

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

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　（氏名）　　印

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。実施医療機関の長はその写2部に記名捺印又は署名し、治験審査委員会及び治験依頼者にそれぞれ1部を提出する。

（長＝責）：書式上部の治験責任医師と実施医療機関の長欄は“該当せず”と記載するとともに、書式下部の実施医療機関の長氏名の前に実施医療機関名を記載する。実施医療機関の長は正本（記名捺印又は署名したもの）を2部作成し、治験審査委員会及び治験依頼者にそれぞれ1部を提出する。