臨床研究経過報告書

　　年　　月　　日

静岡県立こども病院長　様

報告者

所　属

職　名

氏　名　　　　　　　　　印

下記の臨床研究について経過を以下のとおり報告します

|  |  |
| --- | --- |
| １課題名 |  |
| ２承認年月日 | 　年　　月　　日　　受付番号： |
| ３医療・研究等の期間 | 承認期間：　　年 　月 　日～　　　年　 月 　日経過報告対象期間：　　年 　月 　日～　　　年 　月 　日 |
| ４医療・研究等の実績 |  |
| ５実施状況 | 安全性（対象者に対する不利益や有害事象の発生等）その他（中止例がある場合の中止理由など） |

※４及び５について、詳細は別紙（自由書式）で報告してもよい

―――――――――――――＜以下は、報告者は記入しないこと＞―――――――――――――

報告書受領年月日：　　　　年　　月　　日

報告書受領者：静岡県立こども病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院　長　坂本　喜三郎