臨床研究：様式５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　整理番号　第　　　　　　号

西暦　　　　年　 月 　日

獨協医科大学病院 臨床研究審査委員会 委員長 殿

獨協医科大学病院 病院長 殿

申請部門

部門長（署名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

研究責任者（署名）　　　　　　　　　　　　　印

**臨床研究の終了（中止・中断）報告書**

　下記のとおり報告いたします。

記

1. 研究課題名
2. 研究期間　　　　　　実施許可日より　西暦　　　　年　　月　　日まで
3. 実施症例数　　　　　　　 　　　　 例（予定症例数：　　　例）

（うち完了例数：　　　例、中止例数：　　 　　例）

◇同意取得の有無

　☐有　（同意取得例数　：　　例）

☐無　（オプトアウト方式の研究のため、同意取得は行わない。）

◇ゲノム・遺伝子解析の該当性等

　☐該当　（以下を記載）

☐非該当（以下記載不要）

◇試料取得状況

☐取得　（　　　症例、　　　件）

☐未取得

◇解析状況

☐実施　（　　　症例、　　　件）

未実施

1. 研究結果の概要

**◇有効性**

該当せず　　　有効性あり　　　　　 有効性なし

**理由**：

**◇安全性**

該当せず　　　安全性に問題あり　　　安全性に問題なし

**理由**：

**◇規制及び研究計画書の遵守状況**

遵守した

不遵守あり

不遵守の内容と理由

**◇試料・情報の保管方法**

研究計画書に従い保管

上記以外

　（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**◇他機関への試料・情報の提供の有無**

提供あり（試料・情報）

研究計画書に従い対応

上記以外

　（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

提供なし

**◇その他（上記以外の報告事項、中止例の中止理由など）**

５．多機関共同研究の概要報告（自機関のみの場合は記載不要）

**◇多機関共同研究における研究代表者の該当性**

該当　（以下を記載）

非該当（以下記載不要）

**◇研究全体の進捗及び安全性等の概要**

６．結果の公表

学会発表済み

論文掲載済み

公開データベースへの登録完了

上記以外

　（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**注）侵襲を伴い介入を行う研究において、最終公表後に更なる公表を行った場合は、速やかに病院長に報告すること。**