臨床研究：様式７o　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　整理番号　　第 　　　　　号

西暦　　　　年　 　月　 　日

獨協医科大学病院 病院長 殿

獨協医科大学病院 臨床研究審査委員会 委員長 殿

申請部門

部門長（署名）　　　 　　　　　　　 　　　印

研究責任者（署名）　　　 　　　　 　　　印

**他の機関における重篤な有害事象報告書**

下記の臨床研究において、他の機関における重篤と判断される有害事象を認めたので報告いたします。

記

研究課題名

重篤な有害事象名

事象名：　　　（詳細は別紙参照）

臨床研究用医薬品との因果関係

当院の研究責任者の見解