臨床研究：様式９o　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

**他の機関における不具合報告書**

下記の臨床研究において、他の機関における不具合を認めたので報告いたします。

記

研究課題名

不具合の事象名

事象名：　　　（詳細は別紙参照）

当院の研究責任者の見解