**他施設における重篤な有害事象報告書**

年　　　月　　　日

獨協医科大学日光医療センター

病院長　殿

申請者

所属・職名

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先　□PHS　□内線

所属長

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

下記の臨床研究において、他の施設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







＊倫理委員会での審議の結果追加報告を求める場合有り又は本審査にて審議の場合有り