

|      |                            |
|------|----------------------------|
| 整理番号 | 日光y (治)                    |
| 区分   | ■治験<br>□医薬品 □医療機器 □再生医療等製品 |

西暦 年 月 日

## 治験実施状況報告書

実施医療機関の長

獨協医科大学日光医療センター 病院長 殿

治験責任医師

(氏名)

下記の治験における実施状況を以下のとおり報告いたします。

記

|                   |                                                             |           |  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|--|
| 被験薬の化学名<br>又は識別記号 |                                                             | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名             |                                                             |           |  |
| 実績                | 同意取得例数 : 例<br>実施例数 : 例 (うち、完了例数 例、中止例数 : 例)<br>(西暦 年 月 日現在) |           |  |
| 治験の期間             | 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日                                         |           |  |
| 治験実施状況            | 安全性<br><br>GCP遵守状況<br><br>その他 (中止例の中止理由など)                  |           |  |

注) 本書式は治験責任医師が作成し、実施医療機関の長に提出する。