書式17

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器

西暦　　年　　月　　日

治験終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名）殿

治験責任医師

（氏名）

下記の治験を以下のとおり　□終了、□中止、□中断　しましたので報告いたします。

記

被験薬の化学名又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			
実績	同意取得例数　：　例 実施例数　：　例（目標とする被験者数：　例）		
治験の期間	西暦　年　月　日　～　西暦　年　月　日		
治験結果の概要等（中止、中断した場合、その理由も記載）	有効性 安全性 GCP遵守状況 その他		

西暦　　年　　月　　日

治験審査委員会　（治験審査委員会名）委員長　殿
治験依頼者　（名称）　殿

上記治験について以上のとおり通知いたします。

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名）

注）（長≠責）：本書式は治験責任医師が正本を 1 部作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長はその写 2 部の書式下部に通知日及び実施医療機関の長欄を記載し、治験審査委員会及び治験依頼者にそれぞれ 1 部を提出する。

（長＝責）：本書式は治験責任医師（実施医療機関の長）が正本を 2 部作成する。この場合、書式上部の治験責任医師欄及び実施医療機関の長欄ともに記載し、書式下部の通知日及び実施医療機関の長欄を記載し、治験審査委員会及び治験依頼者にそれぞれ 1 部を提出する。