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		
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提出する。