書式15

西暦　　　　年　　　月　　　日

**人医学系研究等終了・中止・中断報告書**

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院

病院長 長堀　薫　　殿

研究責任者

所属：　　　　　　　職名：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の人医学系研究等を（  終了 ・  中止 ・  中断 ）しましたので報告いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課題名 |  | | |
| 承認番号 | 承認時に交付されたもの | 臨床研究登録ID | 臨床研究計画公開データベースより付与された登録IDを記載する |
| 研究の種類 | ・侵襲を伴うか？　　　 侵襲有  軽微な侵襲有 　　　 無  ・介入を伴うか？　　　 有  無  ・試料・情報の種類？　 人体取得試料　 人体取得試料以外  ・アンケート調査か？　 有　　　　  無 | | |
| 研究組織 | 申請者施設単独  多施設共同（  申請者施設が主施設　　 申請者施設以外が主施設 ） | | |
| 実績(例数) | 実施例数：　総計 　例、　　申請者施設　　　例 | | |
| 研究期間 | 西暦　　年　　月　　日　～ 西暦　　年　　月　　日 | | |
| 有害事象及び不具合等の発生状況  （自施設のみ） | (1)有害事象・不具合の発生　　 有（　　）件･････①　　 無 | | |
| (2)上記①のうち、**重篤な**有害事象・不具合の発生  無  有　（　　　）件  1)事象名：（　　　　　　　　　　　　　）  報告の有無：  有 　　 無（無の場合は手続きを行うこと）  報告日　西暦　　年　　月　　日  2)事象名：（　　　　　　　　　　　　　）  報告の有無：  有 　　 無（無の場合は手続きを行うこと）  報告日　西暦　　年　　月　　日 | | |
| 実施計画書からの 重大な逸脱事項 | 有　逸脱内容：（　　　　　　　　　　　　　　　　）  無 | | |
| 中止・中断理由 |  | | |
| 結果の公表（予定） | ・公表の有無　　　 有　　　 無  　　有の場合  公表時期（予定）：  　　　　公表先（予定）：  　　無の場合  　　　公表しない場合の理由： | | |
| 備考 |  | | |

※研究結果の概要以外の項目において、必要に応じて別紙等を添付することも可とする。