

様式 ⑤ (依頼者→実施医療機関の長)

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告 <input type="checkbox"/> その他

西暦            年            月            日

### 受託研究終了（中止・中断）報告書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構  
千葉医療センター 院長 殿

依頼者

住 所：

名 称：

代表者：

印

下記の受託研究を（終了、中止、中断）しましたので報告します。

記

依 頼 者	
薬 剤 名	
課 題 名	
実績（例数）	西暦            年            月            日現在 契約例数            : 1 症例    報告 実施例数            : 総計            例 調査票記載冊数 : 総計            冊
実 施 期 間	西暦            年            月            日～西暦            年            月            日
責任医師氏名	氏名（所属・職名）
依頼者の連絡先 ※差支えない場合	担当者氏名（所属・職名）：
結果の概要もしくは 中止・中断した場合 その理由を記載する	有効性  安全性
備 考	