

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 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

(実施医療機関名) (長の職名) 殿

治験責任医師

(氏名)

下記の治験における実施状況を以下のとおり報告いたします。

## 記

治験依頼者			
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 (うち、完了例数	例、中止例数: 例)
		(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  GCP遵守状況  その他 (中止例の中止理由など)		

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。

(長=責) : 本書式は実施医療機関の長 (治験責任医師) が作成する。この場合、治験責任医師欄及び実施医療機関の長欄ともに記載する。