

整理番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

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) 印

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

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(うち実施中) : 例 (例) (目標とする被験者数 : 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

注) 本書式は治験責任医師が正本(記名捺印又は署名したもの)を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。