特定臨床研究等にかかる終了報告について（多施設共同研究）

令和　　年　　月　　日

　病院長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任医師

所　　　属

職・氏名

　本院が参加する多施設共同研究（特定臨床研究等）において、研究代表医師により終了した旨情報提供がありましたので報告いたします。

記

　臨床研究実施計画番号：

課題名：

審査を受けた委員会：

　主幹機関：

　備考：