不適合報告（他院で発生）

（多施設共同研究）

西暦　　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、他院にて不適合が発生し、研究代表医師により［認定臨床研究審査委員会・効果安全性委員会］に報告及び承認され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：