西暦　　　　年　　　月　　　日

研究終了・中止確認書

研究責任医師

　　　（氏名）　　　　　殿

　　　 　　　実施医療機関の長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 大分大学医学部附属病院 病院長

（公印省略）

申請のあった下記の臨床研究について、終了・中止を確認しました。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臨床研究実施計画番号 | |  |
| 臨床研究課題名 | |  |
| 指示・決定の内容 | 確認事項 | □審査結果通知書（　　　　年　　月　　日付）承認資料欄のとおり |
| □その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 確認資料 | □終了通知書（統一書式12）  □終了届書（別紙様式1）  □中止通知書（統一書式11）  □総括報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | | ＜認定臨床研究審査委員会＞ |