

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

西暦 年 月 日

被験者の調査・観察終了報告書

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

下記の治験において、治験実施計画書で定められた調査・観察項目が全て終了いたしましたので報告いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別番号		治験実施計画書番号	
治験課題名			
治験実績	目標症例数： 例 同意取得症例数： 例 治験薬投与症例数： 例		
調査・観察 終了日	(西暦) 年 月 日*		

※ 目標症例数満了で終了の場合は、治験実施計画書で定められた調査・観察項目（追跡調査を含む）が全て終了した日。目標症例数未満で終了した場合又は、下記の①②のいずれか遅い日

① 治験依頼者から症例登録終了の通知を受けた日

② 治験実施計画書で定められた調査・観察項目（追跡調査を含む）が全て終了した日