整理番号						
区分	□治験	□製造販売後臨床試験				
	□医薬品	□医療機器	□再生医療等製品			

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)

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

治験依頼者								
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 : 実施例数 :		うち、完	了例数 (西		、中止例 年	数: 月	例) 日現在)
治験の期間	西暦	年 丿	1 日	~ 西	暦	年	月	日
治験実施状況	安全性 GCP遵守状況							
冶聚 关	その他(中止例の	中止理由7	など)					

注)(長≠責):本書式は治験責任医師が作成し、実施医療機関の長に提出する。

(長=責):本書式は実施医療機関の長(治験責任医師)が作成する。この場合、治験責任医師欄及び実施医療機関の長欄ともに記載する。