**様式8** ※青字注釈など不要なものを削除し提出する。

**中止報告書**

　　　年　　　月　　　日

自治医科大学附属さいたま医療センター　センター長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 診療科名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　研究責任医師　　　　　　　　　　　　　　印

当院において実施を許可された臨床研究について、以下のとおり報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 | 「TS」で始まる5ケタの番号（ハイフン以下の枝番は不要） | |
| 臨床研究課題名 |  | |
| 当該報告の  認定臨床研究  審査委員会  審査結果通知日 | 年　　月　　日 | |
| 中止日 |  | |
| 中止時における  当センターの状況 | 当センター累積登録症例数：　　　　　　　例 | |
| 観察を要する対象者の有無 | □有　　（　　　　　　例） |
| □無 |
| 中止に際する対応  ※研究全体でとられる措置などを記載。 | Ex：観察の期間、研究対象者への説明についてなど | |
| 添付資料 | □　中止通知書　　　（統一書式11）  　□　審査結果通知書　（統一書式4）　※審査した場合  　□　特定臨床研究中止届書（省令様式第4）  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 当センター  実務担当者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　CRC等も可　書類送付先　等  所属・職名  内線/　E-mail | |
| 備考 |  | |

※中止となっても研究は継続するため、観察を要する対象者の状況、中止の状況など、補足説明がある場合は記載すること