

## 治験終了(中止・中断)通知書

先端医療センター治験審査委員会  
委員長 様

治験依頼者  
様

先端医療センター 病院長

印

下記の治験について、治験責任医師より（終了 中止 中断）報告を受けましたので通知します。  
記

被 験 薬	成分記号又はコード	一般名
治 験 課 題 名	治験実施計画書 No.:	
治 験 責 任 医 師	所属:	職名: 氏名:
治 験 分 担 医 師	治験分担医師・治験協力者指名リスト (様式3) 参照	
治 験 依 頼 者		
添 付 資 料	様式15 治験終了(中止・中断)報告書(写)	