

医薬品製造販売承認取得・開発中止及び治験の中止・中断報告書

先端医療センター 病院長
様

治験依頼者

住所

名称

代表者氏名

印

医薬品製造販売承認取得・開発中止

貴センターにて治験を実施していただきました下記の治験薬につきまして、今般、医薬品製造販売(□承認を取得・□開発を中止)致しましたことを報告致します。

治験の中止・中断

貴センターにて治験を実施していただきました下記の治験薬につきまして、今般、(□中止・□中断)することとなりましたことを報告致します。

再審査・再評価終了

貴センターにて試験を実施していただきました下記の被験薬につきまして、今般、(□再審査・□再評価)が終了しましたので報告致します。

記

| | |
|---------|---|
| 治験薬コード名 | |
| 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: |
| 治験実施期間 | 20 年 月 日(契約締結日) ~ 20 年 月 日 |
| 備考 | (承認取得の場合は商品名、中止・中断の場合は理由を記載) |

なお、_____にて作成されました資料につきましては、
 廃棄して下さい。
 今後3年間保存して下さい。
 今後も保存が必要ですので別途協議をお願いします。