医師主導治験（終了・中止）申請書

医師主導治験支援　審査委員会　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 所属(診療科名) |  |
| 実施責任医師名 |  |
| 連絡先MPS |  |
| Email |  |

次の通り医師主導治験を（終了・中止）したく、申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 主機関 | 横浜市立大学附属病院 |
| 共同研究医療機関 |  |
| 研究の名称 |  |
| 実施期間 | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日迄 |
| 予定症例数 | 例 |
| 実施症例数 | 例 |
| 実施状況（概要） |  |
| 中止の理由 | １．予定症例数に達する見込みがないため  　２．安全性に問題があったため  　３．その他（理由を記入） |
| 今後の予定 |  |