

治験中止届書

治験識別記号	治験の種類	初回届出年月日	届出回数
	1 :企業が依頼する治験 2 :自ら実施する治験		第 回

類 別					
一般的名称及びクラス分類					
治験計画届出年月日					
中止時期					
中止理由					
その後の対応状況					
ごとの状況 実施医療機関	医療機関の名称	交付(入手)数量	使用数量	回収・廃棄等数量	被験者数
	別紙1のとおり	別紙2のとおり	別紙2のとおり	別紙2のとおり	別紙1のとおり
備考	担当者の所属: 担当者の氏名: 担当者の連絡先: 電話番号 FAX番号				

上記により治験の中止を届け出ます。

住所:

氏名:

印

()

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 理事長 殿

(注意)

1. 用紙の大きさは日本工業規格A4とすること。
2. 記載欄に記載事項のすべてを記載できないときは、その欄に「別紙()のとおり」と記載し別紙を添付すること。
3. 備考欄に当該届の担当者氏名及び連絡先の電話番号・FAX番号を記載すること。