（報告様式）

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

臨床研究結果報告書

町立中標津病院

　　院長　　　　　　　　　様

町立中標津病院

研究責任者　診療科　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

（氏名記載は自署のこと）

臨床研究の終了（中止、途中経過）について、次のとおり報告します。

１　研究課題

２　承認年月日

３　研究結果の報告（発表内容、発表学会など簡潔に）

４　記録等の保管場所及び保管責任者の職・氏名