|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 区分 | [ ]  特定臨床研究　 [ ]  非特定臨床研究 |
| [ ]  医薬品 [ ]  医療機器 [ ]  再生医療等製品 |

信州大学参考様式２

**実施医療機関の管理者への報告書**

　（西暦）　年　月　日

実施医療機関名

信州大学医学部附属病院長　殿

研究責任医師

（氏名）

下記の臨床研究について、別紙のとおり報告いたします。

　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| **研究の名称** |  |
| **申請の区分** | [ ] 実施計画の提出について[ ] 認定臨床研究審査委員会からの意見について[ ] 定期報告[ ] 不適合報告[ ] 疾病等報告[ ] 不具合報告[ ] 主要評価項目報告書又は総括報告書及びその概要の提出[ ] 主要評価項目報告書又は総括報告書及びその概要の公表について[ ] その他（報告内容：　） |
| **jRCT番号**（厚生労働大臣届出前は不要） |  |
| **研究責任医師** | 氏名 |  |
| 所属部署/職名 |  |
| **研究代表医師**（多施設共同研究の場合に記載） | 氏名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 所属部署/職名 |  |
| **備考** |  |