|  |  |
| --- | --- |
| 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** | |  |