様式第１３号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　　提出

研究の終了・中止に関する報告書

日本脳神経外科学会理事長　殿

実施責任者　（和文表記）　　　　　　　　　　印（英文表記）

医療機関名・職名

会員番号　　　　　　　　所属支部　　　　　　　　　　　　専門医番号

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：

E-mailアドレス：

○課題名：

○受付番号：　　　　　　　　　　　（以前の審査結果通知書に記載されております。）

○研究成果：

終了または中止年月日　　　　年　　月　　日

【研究実施実績】

　　登録例数　　　　例（完了例数　　例、中止例数　　例）

【安全性情報】

　　有害事象（臨床研究に関する倫理指針Q&A（P6）2-6にあたるもの）：□なし　□あり

　　ありの場合その内容：（例）1例：規定検査の許容範囲外実施（天候不順のため来院不可）

【倫理指針および研究計画（プロトコル）の遵守状況】

　□遵守している　　□逸脱あり

　逸脱の内容：（例）1例：規定検査の許容範囲外実施（天候不順のため来院不可）

【その他、中止の理由等も含む】

（例）2例：有害事象発現による同意撤回、医師判断による中止

【研究総括】

※結果と安全性について、簡単にまとめてください（自由記載）。

【成果の公表】

(例) \*\*\*\*年\*\*月\*\*日の○○○○学会誌に投稿予定。

（例）\*\*\*\*年\*\*月号の○○○○学会誌に掲載予定。

注意：本研究結果を反映した論文等、ありましたら添付をお願いします。