

受付番号 (県薬記入)	
----------------	--

研究責任者 { → 研究機関の長
→ 秋田県薬剤師会 → 研究倫理審査委員会

(西暦) 年 月 日

研究等実施状況報告書

研究機関の長 様
秋田県薬剤師会 研究倫理審査委員会委員長 様

申請者(研究責任者)
所属 _____
職名 _____
氏名 _____ 印

下記のとおり研究の実施状況を報告致します。

記

1. 倫理審査報告書 承認番号	
2. 研究題名	
3. 研究対象者数	申請者施設で実施した研究対象者数 例 申請者施設で予定した研究対象者数 例 (多施設共同研究の場合の全体の目標症例数 例)
4. 研究期間	(西暦) 年 月 日 から 年 月 日 ※ 年計画の 年目
5. 実施状況 (年に1度の報告時は、この1年間についての状況を記載する)	1. 副作用の有無 <input type="checkbox"/> 有 (件) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 非該当
	2. 重篤な有害事象及び不具合の有無 <input type="checkbox"/> 有 (件) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 非該当 「有」の場合の事象名及び臨床・疫学研究倫理審査委員会への報告の有無等 ① 有害事象・不具合名: 報告状況: <input type="checkbox"/> 既報告 → 年 月 日報告 <input type="checkbox"/> 未報告 → 報告手続きを行うこと ② 有害事象・不具合名: 報告状況: <input type="checkbox"/> 既報告 → 年 月 日報告 <input type="checkbox"/> 未報告 → 報告手続きを行うこと ③ 有害事象・不具合名: 報告状況: <input type="checkbox"/> 既報告 → 年 月 日報告 <input type="checkbox"/> 未報告 → 報告手続きを行うこと
	3. 実施計画書逸脱の有無 <input type="checkbox"/> 有 (件) <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合で臨床・疫学研究倫理審査委員会に報告していない場合は報告
	4. 実施計画書変更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合は、臨床・疫学研究倫理審査委員会に対する変更手続きの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (→手続きを行うこと)
6. 備考 (添付資料等があれば記載)	

