|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **様式８** | 整理番号 |  |
| 区分 | □医薬品　　　　□医療機器　　　　□その他 |
| 用途 | □製造販売後調査　　□その他研究 |

　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪はびきの医療センター　院長　様

受託研究依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

受託研究申請医師

　診療科名

　担当医師名　　　　　　　　　　　　㊞

**受託研究終了（中止）届**

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター受託研究取扱規程第１１条の規定に基づき,下記のとおり研究を終了（中止）したので届けます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 依頼者の名称 |  |
| 研究終了（中止）  年月日 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 目標症例数 | 例 |
| 研究成果の概要  （中止の場合はその理由） |  |