様式（は）８-２

　　年　　月　　日

治験実績報告書

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　院長殿

　　　治験依頼者

　所在地

　名称

下記の治験における登録症例数を以下のとおり報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者 |  |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験の期間 | 西暦　　年　　月　　日　～　西暦　　年 　月 　日 |
| 治験実績報告 | 契約症例数 | 　　　　例 |
| 登録症例数（実施した被験者数） | 　　　　例（被験者識別番号：　　　　　　　　） |
| 脱落症例数 | 　　　　例（被験者識別番号：　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

上記内容を確認しました。

 　　開発業務受託機関

 所在地

 名称

 代表者名 　　印