

| | |
|------|---|
| 受付番号 | * |
|------|---|

臨床研究終了（中止）報告書

20 年 月 日

神戸薬科大学

学長 様

研究責任者

所 属

職名・氏名

印

所 属 長

職名・氏名

印

下記について、研究の終了（中止）を報告いたします。

記

| |
|--|
| 1. 承認番号 |
| 2. 研究課題名 |
| 3. 研究責任者 所属 職名 氏名 |
| 印 |
| 4. 研究の予定期間及び研究終了（中止）の日付 [研究の予定期間] 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 [研究終了（中止）の日付] 20 年 月 日 |
| 5. 研究終了（中止）の理由及び研究成果の公表等の有無 |
| 6. その他 |

備考 *印欄には記入しないこと。