特定臨床研究等様式 10 号
（愛媛大学所属の研究者用）
【記載例】

研究協力課使用欄	
承認番号	（空欄で構いません。）

西暦 20xx 年 xx 月 xx 日

書類作成日をご記入ください。

不適合報告書

愛媛大学医学部附属病院長　殿

所属：　〇〇〇科
統括管理者：　〇〇〇　〇〇

下記の臨床研究において、以下のとおり不適合が発生しましたので報告いたします。

記

整理番号[注1)]	xxxxxxxx
研究課題名	〇〇〇