|  |
| --- |
| 研究協力課使用欄 |
| 承認番号 |  |

特定臨床研究等様式10号

（愛媛大学所属の研究者用）

 西暦　　　　年　　月　　日

不適合報告書

愛媛大学医学部附属病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所属： |  |
| 研究責任（代表）医師： |  |

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） | 　 |
| 研究課題名 |  |
| 不適合の内容発生日時、発生場所、臨床研究の対象者の影響を含む(資料名（添付する場合）を併記) | 不適合が発生した理由、再発防止策等 |
|  |  |
| 添付資料 |  |

重大ではない不適合について報告する。（重大な不適合は、統一書式7を用いる）

注1）認定臨床研究審査委員会により付与された整理番号を記載すること