|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

様式5

|  |
| --- |
| 西暦　　　　年　　月　　日 |

不適合報告書

徳島大学病院長　殿

|  |
| --- |
| 研究責任医師 |
| 所属・職名： |
| 氏名： |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 実施計画番号(jRCT番号) |  |
| 臨床研究課題名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 不適合の内容発生日時、発生場所、研究対象者への影響を含む 別添資料がある場合は資料名を併記 | 不適合が発生した理由、再発防止策等 |
|  |  |