

整理番号	—
------	---

西暦 年 月 日

重篤な有害事象に関する報告書（第 報） （他施設報告用）

（他の実施医療機関の研究責任者または研究代表者） 殿

成田赤十字病院

研究責任者

（氏名） _____ 印

院長

（氏名） _____ （公印省略）

当院で実施中の下記の臨床試験において、別紙のとおり重篤と判断される有害事象を認めたと
で報告いたします。

記

課題名	
連絡先	氏名： 電話： e-mail：
添付書類	重篤な有害事象に関する報告書（第 報）（西暦 年 月 日付写）

以上