　　（西暦）　　　　年　　月　　日

安全性情報提供の中止に関する報告書

実施医療機関の長

浜松医科大学医学部附属病院　病院長　殿

治験責任医師

　○○　○○　殿

治験依頼者

○○○○株式会社

○○　○○

　下記の治験において、記載の理由により、今後は当該治験に係る安全性情報の提供は不要と考え、西暦○○年○月○日※1以降の「安全性情報等に関する報告書（書式16）」の提出を中止することといたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 送付中止の理由等 |  | | |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　 　　所属：  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　Email： | | |

※１：「安全性情報等に関する報告書（書式16）」の日付。