西暦　　　　年　　月　　日

不適合報告書

学校法人　岩手医科大学　理事長　殿

岩手医科大学　医学部倫理委員長　殿

研究統括責任者

　岩手医科大学

所属

　職名　　　氏名

（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

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 |  |
| 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 |
|  |  |

注）本書式は研究責任者が作成し、すみやかに医学部倫理委員会に提出してください。