**臨床研究実施状況報告書**

西暦　　　年　　月　　日提出

特定非営利活動法人　日本歯周病学会

理事長　殿

研究責任者

　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　所属

　　　職名

※ 受付番号

|  |  |
| --- | --- |
| 1.　承認年月日 |  |
| 2.　承認番号 |  |
| 3.　課題名および実施期間 | 課題名：  実施期間： |
| 4.　研究開始から現在までの  研究の進捗状況 | 実施症例数：全体　　　例（予定症例数　　　　例）  　　　　　　各施設名：　　　　　　　　　　　例 |
| 進捗状況：  （逸脱事項があれば記載） |
| 5.　研究開始から現在までの  有害事象の発生状況 | □　研究計画書等に有害事象・重篤な有害事象に関する記載はない  □　研究計画書等に有害事象・重篤な有害事象に関する記載がある  　　有害事象の発生の有無：　□有　　□無  　　重篤な有害事象の発生件数：　　　件  　　発生した有害事象の詳細 |
| 6.　研究にかかる試料・情報の保管、多施設共同研究の場合、他機関への提供状況の確認 |  |
| 7.　研究責任者による  最新の研究計画等の承認・実施許可状況の確認 |  |