西暦　　　　年　　月　　日

不適合報告書

京都大学大学院医学研究科・医学部及び医学部附属病院

医の倫理委員会　委員長　殿

研究責任者

（医療機関名）

（所属・職名）

（氏名）

下記の研究において、以下のとおり不適合がありましたので、報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 研究課題名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施機関名/  対象者識別コード＊1 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 不適合の内容\*2  (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 |
|  |  |

\*1：対象者識別コードは、研究責任者が各対象者に割付けた固有の識別番号とする。研究全体に関わる事項は（全機関）と記載する。

\*2：発生日時、発生場所、臨床研究の対象者の影響を含めて記載する。

注）本書式は研究責任者が作成し、京都大学大学院医学研究科・医学部及び医学部附属病院 医の倫理委員会 委員長に提出する。