（様式８）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成     年     月     日

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会

有害事象発生報告書

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail

|  |
| --- |
| 　      |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任者名

|  |
| --- |
| 　      |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関名

貴学会で承認を受けた研究で有害事象が発生しましたので、下記のとおり報告いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |
| --- |
| 1. 研究題目

　ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 1. 研究番号

　ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 1. 有害事象の発生状況

　ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ４. 有害事象への具体的な対応　ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ５. 健康被害の有無と具体的な対応　ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 1. 研究計画を見直す必要

　ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 1. 研究の中断・中止の必要

　ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ８．研究対象者への情報提供　ここをクリックしてテキストを入力してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 研究番号 |       |
| 整理番号 |       |
| 受付年月日 |       |

（以下、学会使用欄です。）