|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | (事務局記入欄)） |

**実　　施　　報　　告　　書**

**（医療倫理・保険適応外・先進的な医療技術）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 年 月 日

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館　館長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 |  |  |
| 所属長名 |  | 印 |
| 申請者名 |  | 印 |

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館倫理規則に基づき、下記のとおり報告いたします。

記

１　件名

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

２　実施内容

|  |  |
| --- | --- |
| 実施期間 | 年　　　月　　　日(～　　年　　月　　日) |
| 実施場所 | 手術室　　外来(　　科)　　病棟(　　階　　病棟)  その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 対象者数 | 例 |
| 実施概要  （効果・有効性） |  |
| 有害事象の発生 | 無　　有（有の場合は、下記記載）  内容：  対応： |
| 発表の予定 | 無　未定　有（有の場合は、下記記載） |
| 発表時期：  学会名(投稿先)： |