（様式８）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

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 |
| 1. 研究番号 |
| 1. 有害事象の発生状況 |
| ４. 有害事象への具体的な対応 |
| ５. 健康被害の有無と具体的な対応 |
| ６.研究計画を見直す必要 |
| ７. 研究の中断・中止の必要 |
| ８．研究対象者への情報提供 |

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

（以下、学会使用欄です。）