（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

２. 研究番号

３. 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

（注）用紙は必要に応じて追加してください。

|  |
| --- |
| （以下、学会使用欄です。） |
| 研究番号 |  |
| 整理番号 |  |
| 受付年月日 |  |