**様式４**

研 究 結 果 報 告 書

 　　　　　　　 　 　令和　　年　　月　　日

 独立行政法人国立病院機構

 東近江総合医療センター　院 長　 殿

 　　 申請者　職名

 　　 氏名 　　　 印

平成　　年　　月　　日に承認された臨床研究等が終了したので、その結果を下記のとおり報告いたします。

記

受付番号

|  |
| --- |
| 1. 課題名
 |
| ２．実施責任者 所属　　　　　　　職名　　　　　　氏名 |
| ３．共同担当者 所属　　　　　　　職名　　　　　　氏名 |
| ４．臨床研究等の結果 |