様式４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

受付年月日

**臨床・疫学研究経過報告書**

日本口腔インプラント学会理事長　殿

提出年月日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 研究課題名 |  |
| 2. 研究責任者氏名  所属・職・連絡先・電話・e-mail・印 | 氏名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 3. 承認番号 |  |
| 4. 承認年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 5. 経過報告期間  　（年月日～年月日） | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 6. 実施期間中の問題点 | □有  □無 |
| 7. 問題があった場合，その内容，それに対する対応 |  |
| 8. 期間中に扱った資料（試料）等の数 |  |
| 9. 研究結果の概要，研究の進捗状況 |  |