様式８　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付年月日

公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長　殿

**医学系研究終了(中止・中断）報告書**

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 | 印 |
| 3. 承認番号 |  |
| 4. 承認年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 5. 終了（中止・中断）年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 6. 研究期間中の問題点 | □有  □無 |
| 7. 問題があった場合，その内容，それに対する対応（中止、中断した場合、その理由を記載） |  |
| 8. 資料（試料）等の総数 |  |
| 9. 資料（試料）等の処分 |  |

＊は申請者においては記入しないこと。