|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ＊ |

研究終了報告書

（西暦）　　　年　　　月　　日

日本地域薬局薬学会会長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（研究責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 属：

職 名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名：　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

　下記について、研究の終了を報告いたします。

記

|  |
| --- |
| 1．承認番号 |
| 2．研究課題名 |
| 3．研究責任者［所属（研究機関名）、職名、氏名］ |
| 4．研究の予定期間及び研究終了の日付  ［研究の予定期間］  （西暦）　　　年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日  ［研究終了の日付］  （西暦）　　　年　　　月　　　日 |
| 5．研究成果の公表等の有無（有の場合は、公表の時期、方法等） |
| 6．その他 |

備考：＊印欄には記入しないこと