様式６　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付年月日

**医学系研究経過報告書**

公益社団法人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 |  |

＊は申請者においては記入しないこと。