西暦　　　　年　　月　　日

**臨床研究変更申請書**

獨協医科大学日光医療センター

生命倫理委員会委員長　殿

　　　　　　　　　　　　　申　請　者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所　属）

（氏　名）

受講証番号　　　　　　　　　　　利益相反 　 有  無

所　属　長

（氏　名）　　　看護部長　　　小倉　佳子　　印

下記の臨床研究において下記事項の変更を致したく、変更後の臨床研究の実施の適否について審査を依頼します。

受付番号

|  |  |
| --- | --- |
| 課 題 名 |  |
| 添付資料 | 研究実施計画書（Ver. 　　　　　　）  同意説明文・同意書（Ver. ）  研究分担者リスト（作成日　20　　年　　　　月　　　　日）  その他（　変更一覧表、　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究区分 | 当院のみ　　当院代表　　共同研究機関　　既存試料・情報提供のみ |
| 研究代表施設 | （多機関共同研究の場合のみ） |
| 研究代表者 | （多機関共同研究の場合のみ） |
| 主な変更理由 |  |

※この他に変更一覧を作成し提出すること