

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	<input type="checkbox"/> 研究実施計画書 (Ver.) <input type="checkbox"/> 同意説明文・同意書 (Ver.) <input type="checkbox"/> 研究分担者リスト (作成日 20 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (変更一覧表、)
研究区分	<input type="checkbox"/> 当院のみ <input type="checkbox"/> 当院代表 <input type="checkbox"/> 共同研究機関 <input type="checkbox"/> 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