

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

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