（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

臨床研究修正報告書

名古屋第一赤十字病院　院長　殿

研究責任者

所　属：

職　名：

氏　名： 印

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日付で「要修正」と通知のあった研究計画書等について、以下のとおり修正しましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |
| 「修正の上承認」の条件・理由等 |  |
| 修正事項 | 修正前 | 修正後 |
|  |  |
| 連絡先 | 所属・職名・氏名 |
|  | □臨床研究等実施計画書 No.（ ） 年 月 日改訂□同意説明文書　　　　 No.（ ） 年 月 日改訂□症例報告書（見本）　 No.（ ） 年 月 日改訂□その他（ ） 年 月 日改訂 |

上記の臨床研究等において、以上の修正が承認の条件とした事項を満たしていることを確認いたしました。

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

名古屋第一赤十字病院　　院長　　　印