（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

臨床研究変更審査申請書

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　　日付にて承認の臨床研究について、下記のとおり臨床研究の内容を一部変更いたしたく、審査をお願い致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |
|  | 変更前 | 変更後 |
|  |  |
|  |  |
| 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 |