|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式５８　（研究依頼者→実施医療機関の長） | 整理番号 |  |
| 区分 |  |

西暦　　　　年　　月　　日

**研究実施計画書等改訂申請書**

独立行政法人国立病院機構　長崎医療センター

院長　　殿

研究依頼者

住所：

名称：

代表者：

今般、下記のとおり、研究実施計画書等の内容を一部改訂いたしたく所定の手続き方をお願いします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験薬（機器） | | * 医薬品 　　□ 医療機器 　　□ その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | （一般名） | |  |
| 研究課題名 | |  | | | |
| 研究実施計画書No.（　　　　）、西暦　　　　年　　月　　日作成 | | | |
| 改訂文書 | | □ 研究実施計画書　　□ 症例報告書　　□ その他（　　　　 　　 　　） | | | |
| 改訂内容 | 事項 | 改訂前(　　　年　　月　　日作成版) | | 改訂後 | |
|  |  | |  | |
| 改訂理由 | |  | | | |
| 添付資料  \*（ ）内には当該資料の作成年月日を示す。 | | □ 研究実施計画書　No.（　　　　　）・改訂版（　　　年　　月　　日）  □ 症例報告書の見本・改訂版　　　　　　　　（　　　年　　月　　日）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　年　　月　　日） | | | |
| 研究責任医師 | | 氏名（診療科名・職名）： | | | |
| 研究依頼者の連絡先 | | 氏名（所属・職名）：  TEL：　　　　　　　　　E-mail： | | | |