西暦　　　　年　　月　　日

臨床研究倫理審査依頼書（変更）

地方独立行政法人山口県立病院機構

山口県立総合医療センター

臨床研究倫理審査委員会 委員長　様

研究責任者

所属・職名

氏　　　 名

西暦　　年　月　日に承認された下記研究について、変更審査依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 実施予定期間 | 年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |
| 研究代表者 | □山口県立総合医療センターの研究責任者（本書式）と同一□他機関の研究責任者　　研究機関名：所属：　　　氏名： |
| 審査事項 | □実施究計画書□実施計画書の軽微な変更□研究分担者・協力者□同意説明文書・同意書・同意撤回書□その他（　　　　　　　　　　） |
| 変更点(変更点の多い場合は、新旧対照表を添付する) |  |
| 実施予定症例数 | 症例 |
| 添付資料 | □実施計画書………………………………（西暦　　年　月　日、　版）□同意説明文書……………………………（西暦　　年　月　日、　版）□情報公開文書（オプトアウト）………（西暦　　年　月　日、　版）□新旧対照表………………………………（西暦　　年　月　日）□その他（　　）…………………………（西暦　　年　月　日、　版） |
| 備考 |  |

※記載方法が不明な際は、臨床研究センターまでお問い合わせください。