

西暦

年

月

日

変更審査／確認依頼書

成田赤十字病院倫理委員会 委員長 殿

研究責任者

(所属・職名)

(氏名)

下記の臨床研究等において、変更後の臨床研究等の継続の適否について審査／確認を依頼いたします。

記

研究等名称						
変更文書	<input type="checkbox"/> 研究計画書 <input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 <input type="checkbox"/> オプアウト/情報公開用文書 <input type="checkbox"/> 補償の概要 <input type="checkbox"/> 医薬品等の概要を記載した書類 <input type="checkbox"/> 重篤な有害事象及び不具合が発生した場合の対応に関する手順書 <input type="checkbox"/> モニタリングに関する手順書 <input type="checkbox"/> 監査に関する手順書 <input type="checkbox"/> 研究者リスト <input type="checkbox"/> その他 ()					
変更内容	変更事項	変更前		変更後		変更理由
			版表示		版表示	
添付資料						
備考						

注) 本書式は研究責任者が作成し、倫理委員会委員長に提出する。