西暦　　　　 年　　 月　　 日

**研究委託申込書（変更申請）**

独立行政法人国立病院機構

名古屋医療センター院長　殿

研究依頼者

住 所：

氏 名： 　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）

（法人（団体）の場合は名称及び代表者名）

研究責任者

所 属：

職 名：

氏 名：

下記の臨床研究において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究の名称（研究課題名） |  |
| 変更内容 | 変更事項 | 変更前 | 変更後 | 変更理由 |
|  |  |  |  |
| 添付資料 |  |

研究依頼者が、上記内容を研究責任者に確認の上、提出すること。

本変更申請に対する研究倫理審査員会の結果通知は、研究責任者宛てに発行する。