様式第７－２号

**特定臨床研究変更申請書**

令和　　年　　月　　日

兵庫県立尼崎総合医療センター院長　　様

研究責任者

所　属

氏　名：　　　　　　　　　　　印

部署長

氏　名：　　　　　　　　　　　印

受付番号　　　―

下記の特定臨床研究の変更について申請いたします。当該臨床研究を実施するにあたっては、臨床研究法、関連通知及び研究実施計画書を遵守いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |

**添付資料**

□認定臨床研究審査委員会の変更承認通知書

□変更内容一覧

□研究計画書

□申請年度内に臨床研究に関する教育・研修を受けた受講証（研究責任者および研究分担者）

以上