|  |
| --- |
| 帝京様式第1-2-②\*1号 |

西暦　　　　年　　月　　日

**軽微変更**申請書

帝京大学医学部附属病院

病院長　殿

特定臨床研究責任医師

所属・職名：

氏名： 　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり特定臨床研究を帝京大学医学部附属病院において継続いたしたく申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号\*2 |  |
| 研究課題名 |  |
| 実施計画番号 | jRCT番号： |
| 研究期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 症例登録期限 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 連絡先 | TEL：　　　　　 　　　　　　Email： |
| 研究の区分 | □医薬品等製造販売業者等からの資金提供有り□未承認　□適応外　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（□該当なし［非特定臨床研究］） |
| □医薬品　□医療機器　□再生医療等製品 |
| 多施設共同研究 | □非該当　□該当（□自機関が主　□他機関が主） |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料\*3 | ■ 帝京様式3＜必須＞\*4☐ 軽微変更通知書(統一書式14) ☐ 実施計画事項軽微変更届書(様式第3）☐ 実施計画(様式第1)☐ 変更を行った書類☐ 新旧対照表☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上

＊1：本様式は押印の上PDFとし、「添付資料」と共にホームページ記載のアドレスにメールにて送付。

＊2：整理番号は帝京様式第2号『指示・決定通知書』に記載のものを記入する。

＊3：認定臨床研究審査委員会において統一書式を用いていない場合は相当する書式。

＊4：帝京様式3は必ず提出。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上