

様式 7 (研究責任医師、研究依頼者→実施医療機関の長)

整理番号	
区分	1. 調査 (使用成績・特定) 2. その他

西暦 年 月 日

研究実施計画書等修正報告書

独立行政法人国立病院機構 箱根病院 院長 殿

研究責任医師

所属:

職名:

氏名:

印

研究依頼者

住所:

名称:

代表者:

印

西暦 年 月 日付で「修正の上で了承」の通知のあった研究実施計画書等について、以下のとおり対応しましたのでご報告します。

記

被 験 薬	(一般名)	
研 究 課 題 名		
了 承 の 条 件 (修正すべき事項等)		
対 応 内 容	修正前	修正後
研究依頼者の連絡先 (* : 差支えない場合)	担当者氏名 (所属・職名) : TEL : FAX : *E-mail :	
添 付 資 料 () 内には当該資料の 作成年月日 (研究実施計 画書については、その版 数も) を示す。	<input type="checkbox"/> 実施計画書・改訂版 (年 月 日、 版) <input type="checkbox"/> 症例報告書の見本・改訂版 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 () (年 月 日)	