

様式 10-3 (責任医師→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

### 研究の変更に関する申請書

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

今般、下記のとおり、研究に係わる内容について変更いたしたく所定の手続き方をお願いします。

記

被 験 薬		(一般名)	
研 究 課 題 名			
変 更 内 容	事 項	変更前 ( 年 月 日作成版)	変更後
改 訂 理 由			
添 付 資 料 ( ) 内に当該資料の作成年 月日を示す。			
備 考			
研 究 依 頼 者	上記内容の確認日 西暦 年 月 日		
	記名捺印又は署名		