|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ＊ |

研究計画変更審査申請書

（西暦）　　　　　年　　　月　　日

日本地域薬局薬学会会長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（研究責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 属：

職 名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名：　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

　下記について、日本地域薬局薬学会の「人を対象とする研究倫理審査規程」に定めるところにより、申請いたします。

記

|  |
| --- |
| 1．承認番号及び変更前の研究課題名  承認番号：  研究課題名： |
| 2．研究責任者［所属（研究機関名）、職名、氏名］ |
| 3．研究分担者［所属（研究機関名）、職名、氏名］ |
| 4．変更の理由及び内容 |

備考

1．＊印欄には記入しないこと。

2.　変更に伴う「研究計画書」と「インフォームド・コンセントの手続に使用する説明書と同意書」を作成し、添付すること。