西暦　　　　年　　月　　日

研究実施計画書等修正報告書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構

岩手病院　院長　殿

研究依頼者

（名称）

（代表者）　　　　　　　　　印

研究責任医師

（氏名）　　　　　　　　　　印

西暦　　　　年　　月　　日付で「修正の上で承認」と通知のあった研究実施計画書等について、以下のとおり修正しましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 製品名（一般名） |  |
| 研究課題名 |  |
| 「修正の上で承認」の条件･理由等 |  |
| 対応内容 | 修正前 | 修正後 |
|  |  |
| 添付資料 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　 　　 | 所属： |
| TEL ： | FAX: | Email： |

上記の研究において、以上の修正が承認の条件とした事項を満たしていることを確認いたしました。

西暦　　　　年　　月　　日

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構

岩手病院　院長　千田　圭二　　　 印