**人を対象とする生命科学・医学系研究変更承認申請書**

|  |
| --- |
| 診療科長 |
| 印 |

※受付日

※受付番号

     年   月    日

山形県立中央病院　院長　殿

　　　　　　　　　　　　　 申請者（研究責任医師）

所　属　     　職　名　

氏　名      　　　　　印

　このたび以下の研究の変更許可について，必要な資料を添え申請致します。

1.　研究課題名

2.　添付資料（ 提出する資料を☒としてください ）

　研究代表者が審査申請した倫理審査委員会の承認通知書（写し）

　山形県立中央病院 研究倫理委員会の承認通知書

　研究計画書（プロトコル）

　説明文書・同意文書

　研究分担医師リスト

　利益相反自己申告書

　山形県立中央病院 利益相反委員会審査結果報告書(利益相反有りの場合)

　オプトアウト開示情報

　その他（     ）