

承認済課題の研究実施計画変更・追加申請書

平成 年 月 日

岩手医科大学歯学部長
歯学部倫理委員会委員長 殿

申請者
所 属
職名・氏名 印

研究統括責任者
所 属
職名・氏名 印

*研究統括責任者が申請者と同じ場合は「同上」と記載

受付番号（承認番号）
承認年月日：平成 年 月 日
研究課題名
主任研究者 所属： 職名： 氏名：
研究計画変更・追加の種類 <input type="checkbox"/> 研究組織の変更・追加 <input type="checkbox"/> 研究期間の変更・追加 <input type="checkbox"/> 対象疾患の変更・追加 <input type="checkbox"/> 研究（実験）方法の変更・追加 <input type="checkbox"/> 文書の変更・追加 <input type="checkbox"/> その他 *研究期間の追加は最長 1 年とします。それ以上の追加が必要な場合は新規に申請して下さい
研究計画変更・追加の内容 (変更内容を具体的に記載して下さい。参考資料として前回提出した申請書の写しを 1 部添付して下さい。)
今までの研究の進捗状況
その他（備考欄）