様式第５-２

承認済課題の研究実施計画変更・追加申請書（ヒトゲノム・遺伝子解析）

　　西暦　　　年　　月　　日

学校法人　岩手医科大学　理事長　殿

申請者（実施担当講座（科・部門）教授）

所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　研究統括責任者（学内の原則として講師以上）

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

※印は記入しないでください。

|  |
| --- |
| ※受付番号（承認番号）：HG　　－ |
| ※承認年月日：　　　年　　月　　日 |
| 審査結果通知書の発送先　：　所属　　　　職名　　　　氏名　　　　 |
| 研究課題名： |
| 主任研究者（学内における研究の場合は研究統括責任者を記載すること。また、多施設共同研究の場合は、当該研究課題の主任研究者も併記すること。）（学内）所属：　　　　　　　　　　　職名：　　　　　　氏名：（学外）所属：　　　　　　　　　　　職名：　　　　　　氏名： |
| 研究計画変更・追加の種類□対象疾患の追加　　□共同研究機関の追加　　□研究期間の変更□研究対象（被験者）の人数変更等□文書等の変更（文書名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究計画変更・追加の内容（※変更内容を具体的に記載し、参考資料として前回提出した申請書の写しを１部添付すること。） |
| その他（備考欄） |