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　　殿

歯学部倫理委員会委員長　殿

　　　　　　　　　申請者（研究責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名・氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　所属講座・分野の長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名・氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊申請者が所属長である場合は「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 | |
| 研究責任者  　所属：　　　　　　　　　　　　　職名：　　　　　　　氏名： | |
| 研究計画変更・追加の項目  　□研究組織の変更・追加　　□研究期間の変更・追加  　□対象疾患の変更・追加　　□研究（実験）方法の変更・追加  　□文書の変更・追加  　□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） | |