別紙様式第１－２（第９条関係）

※朱書き部分は削除してご使用ください。

2017.05.30改訂版

※受付番号

西暦　　　　年　　月　　日

倫　理　審　査　変　更　申　請　書

提出日を記入してください。

高知大学医学部長　殿

申請者：所属・職名

氏　　　名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先

所属長等の氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課 題 名 |  | | | |
| 目標症例数　　件 | 研究期間 | 西暦　　　　年 月 日～　　 年 月 日 | |
| 研究責任者  （研究代表者） | 所属・職名　　　　　　　　　　氏名 | | | |
| 研究等区分 | □人を対象とする生命科学・医学系研究  □人を対象とする医学系研究 □臨床研究 □ヒトゲノム・遺伝子解析研究  □疫学研究 □先進医療B □先進医療A □再生医療 □遺伝子治療 □生殖補助医療  □その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 承認年月日／承認番号 | 年　　月　　日　　　　承認番号　（　　　　　　） | | | |
| 治験審査委員会で承認された研究の場合の「承認番号」は、「治験審査委員会承認済」と記載 | | | | |
| 変更項目 | 承認済内容 | | | 今回の変更内容 |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| （変更理由） |  | | | |
| 倫理委員会議事録等  の公表 | □可（「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」では倫理審査の会議記録の概要を公表することが定められている。） | | | |
| □否（理由：□知的財産権（特許、秘密保持等）　　□その他）  その他の場合の理由：  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |