**様式4-2**

**変更に関する通知書**

　　年　　月　　日

研究責任医師

　　　　科

　　　　　　　　　　　　殿

自治医科大学附属さいたま医療センター センター長　　㊞

　届出をうけた変更について、以下のとおり通知致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 臨床研究課題名 |  |
| ｊRCT番号 |  |
| 認定臨床研究審査委員会審査結果通知日 | 　　年　　月　　日 |
| 変更届出書（様式4-1）提出日 | 　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| **実施許可** | **可　　　　　　　　　　否** |
| 当該変更に関する管理番号 | TS〇〇〇〇〇－○ |
| 理由、条件又は意見等 |  |
| 対象となる認定臨床研究審査委員会承認書類・研究計画書　　　　　　　　　版：　　　　年　　　月　　　日作成・説明文書、同意文書　　　　　版：　　　　年　　　月　　　日作成 |