**様式4-1-2**　　※青字注釈など不要なものを削除し提出する。

**変更届出書（実施医療機関からの削除）**

　　　年　　　月　　　日

自治医科大学附属さいたま医療センター センター長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 診療科名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　研究責任医師　　　　　　　　　　　　　　印

　当院において実施中の臨床研究について、実施計画が変更され実施医療機関から削除されましたので、報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | 「TS」で始まる5ケタの番号（ハイフン以下の枝番は不要） |
| ｊRCT番号 | jRCTから始まる14ケタの番号 |
| 臨床研究課題名 |  |
| 施設削除時  当センターの症例の状況  いずれかにチェック | □　症例登録なし |
| □　観察の終了　　登録症例　　例  施設削除の理由：  ※症例の観察終了時点で削除される場合にはその理由を記載する。 |
| 研究全体の  終了予定日 | 年　　月　　日※施設削除時点での実施計画の情報 |
| 記録の保存 | □　研究全体が終了した日から５年間 |
| □　上記以外の期間（理由：　　　　　　　　　　　） |
| 認定臨床研究  審査委員会  審査結果通知日 | 年　　月　　日 |
| 当該変更に関する  jRCT公表日 | 年　　月　　日 |
| 当センター  実務担当者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　CRC等も可　書類送付先　等  所属・職名  内線/　E-mail |
| 備考 |  |