西暦　　　　年　　月　　日

調査実施計画書等修正報告書

実施医療機関の長

鹿児島大学病院長　殿

調査依頼者

（名称）

（代表者）

調査責任医師

（氏名）

西暦　　　　年　　月　　日付で「修正の上で了承」と通知のあった調査実施計画書等について、以下のとおり修正しましたので報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査実施計画書 |  |
| 被験薬 | 商品名 |  | 一般名 |  |
| 調査課題名 |  |
| 「修正の上で了承」の条件･理由等 |  |
| 対応内容 | 修正前 | 修正後 |
|  |  |
| 添付資料 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　 　　所属：TEL：　　　　 　　FAX:　 　　　　　Email： |

上記の調査において、以上の修正が了承の条件とした事項を満たしていることを確認いたしました。

西暦　　　　年　　月　　日

実施医療機関の長

鹿児島大学病院長