参考書式３

受付番号

西暦　　　年　　月　　日

**医師主導臨床研究修正報告書**

 **群馬大学医学部附属病院臨床研究審査委員会 委員長　殿**

 **研究責任（代表）医師**

 **診療科（部）**

 **職名**

 **氏名**

西暦　　　　年　　月　　日付の審査結果通知書にて指示のあった事項について、下記のとおり修正しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| 指示事項 |  |
| 修正事項 | 修正前 | 修正後 |
|  |  |
| 備考 |  |