遷延性意識障害者治療研究事業研究方法変更承認申請書

別紙様式第3号の2

（一般用）

年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　　　　殿

治療研究機関　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（主治医氏名　　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日付けで承認通知のありました下記患者について，下記のとおり変更の上，治療研究を続けたいので承認されるようお願いします。

１　該当患者　　　承認ＮＯ　　　　－　　　　　　患者氏名

２　変更内容

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項及び理由 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 変更事項変更年月日年　　月　　日変更の理由 |  |  |