

財団法人パブリックヘルスリサーチセンター
REAL-CAD試験事務局 御中



日本臨床研究支援ユニット
REAL-CADデータセンター 御中

REAL-CAD試験参加申請書届出内容の変更届

平成____年____月____日

申請者 医療機関名 _____ 責任医師名 _____

研究課題名「冠動脈疾患患者に対するピタバスタチンによる積極的脂質低下療法または通常脂質低下療法のランダム化比較試験（REAL-CAD）」の参加申請内容に変更がありましたので変更届を提出します。

変更箇所をチェックを付け、下記の変更内容についてご記入ください。

◆変更箇所

変更箇所 ※チェックを付けてください。	<input type="checkbox"/> 1. 申請者（研究責任医師）の氏名	変更届をデータセンター宛にFAXしてください。 特に、責任医師または窓口担当者が変更になる場合は、変更前の可能な限り早い時期にご連絡をください。
	<input type="checkbox"/> 1. 申請者（研究責任医師）の所属	
	<input type="checkbox"/> 2. 研究担当医師・協力者	
	<input type="checkbox"/> 2. 連絡窓口、アカウント発行希望	
	<input type="checkbox"/> 2. 連絡先 E-mail	PHRF倫理審査にかけた施設の責任医師の変更がある場合は、事前に事務局までご連絡ください。
	<input type="checkbox"/> 3. 目標症例数	変更届をREAL-CAD試験事務局にFAXしてください。
	<input type="checkbox"/> 4. 保険加入について	
	<input type="checkbox"/> 5. 会計方法と窓口	
<input type="checkbox"/> その他（上記以外は、REAL-CAD試験事務局にご連絡をお願いいたします。）		

◆変更内容

1. 申請者の所属（研究責任医師）

<input type="checkbox"/>	研究責任医師名	
<input type="checkbox"/>	所属施設と部局	
<input type="checkbox"/>	所属施設所在地	〒
<input type="checkbox"/>	連絡先	TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____
<input type="checkbox"/>	所属施設における職名	

注：研究責任医師は、症例集積状況が把握でき、有害事象報告の窓口となれる医師として下さい。

