一般社団法人CSPOR-BC事務局

（FAX：03-5294-7290）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　平成　　　年　　　月　　日

参加申請書届出内容の変更届

　医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者：

研究課題名：アブラキサンによる末梢神経障害（CIPN）とSNPsの関係に関するトランスレーショナル　リサーチ（試験省略名称：ABROAD付随試験）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。

1．研究責任医師　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究責任医師名 |  | 連絡先（E-mail） |  |

2．参加医師・試験協力者

【参加医師】　所属名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 追加/削除 | 氏名 | E-mail（ 追加する場合 ） |
| □ 追加□ 削除 |  |  |
| □ 追加□ 削除 |  |  |
| □ 追加□ 削除 |  |  |
| □ 追加□ 削除 |  |  |
| □ 追加□ 削除 |  |  |

【試験協力者（ＣＲＣ等）】　所属名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 追加/削除 | 氏名 | E-mail（ 追加する場合 ） |
| □ 追加□ 削除 |  |  |
| □ 追加□ 削除 |  |  |
| □ 追加□ 削除 |  |  |

3． 会計窓口（担当者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | 氏名 |  |
| TEL |  | E-mail |  |