

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  
(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 ー 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		