**記載事項変更等申請書**

平成　　年　　月　　日

公益財団法人日本医療機能評価機構　理事長　殿

※当機構から送付した「原因分析報告書全文版（マスキング版）利用申請書類の受理通知書」にて通知　した利用申請受理番号を記載してください。

＜ 利用申請受理番号 ＞

＜ 利用申請者（研究責任者） ＞

※利用申請者が変更となった場合は、新しい利用申請者について記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | ㊞ |
| 所属・職名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

法人その他の団体の場合は、以下項目についても記入してください。

※以下の項目について変更となった場合は、新しい内容を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人その他の団体の名称 |  |
| 代表者氏名 | 代表者に法人格がある場合は、法人印を押印ください。㊞ |
| 代表者役職名 |  |
| 法人その他の団体の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |

平成　年　月　日付原因分析報告書全文版（マスキング版）利用申請書について、以下のとおり記載事項の変更を申請します。

なお、本申請書の提出後、承諾の通知を受けるまでは、承諾されている従前の原因分析報告書全文版（マスキング版）利用申請書の記載内容に従って履行します。

|  |  |
| --- | --- |
| １．研究の名称 |  |
| ２．変更事項 | （該当する項目にチェックを入れてください。複数選択可）□　利用申請者の変更　→「２－１．利用申請者の変更」欄に変更内容を記載してください。□　原因分析報告書全文版（マスキング版）の利用終了日の延長→「２－２．利用終了日の延長」欄に変更内容を記載してください。□　利用申請する事例番号の追加→「２－３．利用申請する事例番号」欄に追加する原因分析報告書全文版（マスキング版）の事例番号を記載してください。□　記載事項の一部変更→「２－４．記載事項の一部変更」欄に変更内容を記載してください。 |
| ２－１．利用申請者の変更 | ＜変更前利用申請者＞氏名：所属：　　　　　　　　　　　　職名： |
| ＜変更後利用申請者＞氏名：所属：　　　　　　　　　　　　職名： |
| ＜変更理由＞ |
| ２－２．利用終了日の延長 | ＜変更前＞平成　　年　　月　　日まで |
| ＜変更後＞　※利用終了日は１回のみ最長１年までの延長が可能です。平成　　年　　月　　日まで |
| ＜変更理由＞ |
| ２－３．利用申請する事例番号の追加 | ＜事例番号＞ |
| ＜追加理由＞ |
| ２－４．記載事項の一部変更 | ＜変更前＞ |
| ＜変更後＞ |
| ＜変更理由＞ |