**Søknad om endring i prosjekt finansiert av Nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten**

Skjema sendes til: klinbeforsk@helse-sorost.no

**Prosjektinformasjon**

|  |  |
| --- | --- |
| KLINBEFORSK Prosjektnummer: |  |
| Prosjektleder: |  |
| Prosjekttittel:  |  |
| Helseforetak/sykehus: |  |

**Spesifisering av ønsket endring1**

|  |
| --- |
|  |